

Bruk av karenstid og helseklausuler i kollektive forsikringer



Universitetet i Oslo
Det juridiske fakultet

Kandidatnummer: 555

Leveringsfrist: 26.04.2010

Til sammen 15 128 ord

Innholdsfortegnelse

1.	Når kan selskapet påberope seg reglene om karenstid og helseklausuler i kollektive avtaler?	1
1.0	Hvorfor har FAL egne regler for kollektive forsikringer?	2
1.1	Hva ligger i muligheten til å påberope seg karensklausulen i § 19-10?	3
1.2	Vilkår for bruk av karenstid	4
1.2.1	Arbeidsuførhet	5
1.2.2	Når inntrer arbeidsuførhet?	6
1.2.3	Begrepet sykdom/lyte	8
1.2.4	Kravet om kunnskap til sykdom/lyte –det subjektive element	10
1.2.5	Kravet til årsakssammenheng mellom sykdom/lyte og uføreårsak	14
1.3	Forholdet mellom FAL § 13-5 og § 19-10	16
1.4	Ansvarsbegrensningens varighet	18
1.5	Skjæringstidspunktet i FAL § 13-5 annet ledd og § 19-10	19
1.6	Er det mulig for selskapet å kombinere helseklausuler med helseopplysninger?	21
1.7	Er det begrensninger i hvilke helseopplysninger selskapet kan innhente?	24
1.8	Må forbehold om helseklausuler etter § 19-10 fremkomme i forsikringsbeviset?	27

1. Når kan selskapet påberope seg reglene om karenstid og helseklausuler i kollektive avtaler?

Kollektive forsikringer er annerledes fra individuelle forsikringer både med hensyn til måten de inngås på og avtaleforholdet mellom partene. Dette medfører noen andre problemstillinger for disse avtalene enn forsikringer som er tegnet av en enkeltperson på eget initiativ. Jeg vil i denne oppgave se på selskapenes mulighet til avvise krav som er oppstått i karenstiden herunder vilkår for bruk av karenstid, selskapets bruk av helseklausuler og selskapets mulighet til å gi informasjon om helseforbehold i forsikringsbeviset.

Innledningsvis vil jeg si litt om hva som kjennetegner kollektive forsikringer og hvorfor loven har samlet reglene om disse i eget kapittel.

Loven har særskilte regler om kollektive forsikringer i kapittel 9 og kapittel 19. Lovens kapittel 10-18 inneholder fellesreglene for personforsikring. I forarbeidene til loven kommer det frem at loven tilstreber størst mulig grad av parallellitet mellom individuelle og kollektive forsikringer, se NOU 1983:56 s. 169:

”Det er imidlertid etter utvalgets oppfatning hensiktsmessig at lovreglene om individuelle og kollektive forsikringer følger hverandre så langt det er mulig. Vi har derfor sett det som en fordel at loven gjelder generelt både i individuelle og kollektive forsikringer, og at de relativt få særskilte regler som må gis om kollektive forsikringer samles i et eget kapittel”.

Lovens kapittel 9 omhandler skadeforsikringer og kapittel 19 omhandler personforsikringer. For skadeforsikringer er det lite praksis så jeg vil i det videre fokusere på reglene i lovens kapittel 19.

Først vil jeg si litt om hva som kjennetegner en kollektiv forsikring. De fleste har en formening om hva en forsikring er, men kunnskapen om hva en kollektiv forsikring er og hvordan den fungerer i praksis er kanskje ikke like stor.

Hva som forstås med kollektiv forsikring fremkommer av FAL § 10-2 bokstav g: *”kollektiv forsikring: forsikring som omfatter personer i en nærmere angitt gruppe, og eventuelt deres ektefelle, barn, e l.”*

Det som kjennetegner en kollektiv forsikring er at det her inngås en avtale mellom selskapet og for eksempel en arbeidsgiver som forsikringstaker. Forsikringstaker kan også være f.eks en forening. Selskapet er etter § 10-2 a): *”den som ved avtalen påtar seg å yte forsikring”*. Dette er typisk forsikringsselskapet, men kan også være kommuner eller lignende.¹ I motsetning til f.eks individuell livsforsikring, hvor en enkeltperson inngår en selvsending avtale med et forsikringsselskap på bakgrunn av sin egen helse, er det ved kollektiv forsikring f.eks arbeidsgiveren som inngår en forsikringsavtale på vegne av en gruppe ansatte. Avtalen blir her opprettet på *”fremmed liv”*.² Dette innebærer at avtalen tegnes på de ansattes liv og ikke forsikringstakerens liv. De ansatte blir, i forsikringssammenheng, da omtalt som *”medlemmer”*.³ Det er ingen krav til hvor mange medlemmer som må være med i en kollektiv avtale.⁴ Ved opprettelse av kollektive avtaler blir normalt forsikringspremien noe lavere. Dette fordi en kollektiv avtale er billigere å administrere for selskapene.⁵

Et annet kjennetegn på en kollektiv forsikringsordning er at gruppen som det tegnes forsikring på er generell. Dette kan for eksempel være at det tegnes en avtale på alle ansatte som har lønn over 12 ganger Folketrygdens grunnbeløp.⁶

¹ Brynildsen m.fl s. 339

² Brynildsen m.fl s. 600

³ Brynildsen m.fl s. 340

⁴ Brynildsen m.fl s. 340

⁵ Brynildsen m.fl s. 340

⁶ Brynildsen m.fl s. 600

Kollektive forsikringer kan videre deles inn i frivillige og obligatoriske ordninger. Typisk for en obligatorisk forsikring er at man automatisk blir medlem i forsikringsordningen når man blir ansatt i en bedrift som tilbyr en kollektiv forsikring til sine ansatte.⁷ Ved frivillige kollektive forsikringer må medlemmet selv melde seg inn i forsikringen den har tilgang til som medlem av en spesiell gruppe, for eksempel en arbeidstakerorganisasjon.

1.0 Hvorfor har FAL egne regler for kollektive forsikringer?:

I motsetning til individuelle forsikringer som har to parter i avtalen, har de kollektive forsikringene tre parter i sin avtale. I kollektive forsikringer fremforhandler forsikringstakeren en avtale med forsikringsselskapet på vegne av sine medlemmer. Denne formen krever annen regulering enn forsikringer kun med to parter. For kollektive forsikringer som er obligatoriske blir medlemmet med i en forsikringsordning helt automatisk og har da ikke forutsetninger for å kjenne til avtalens innhold.⁸ Dette stiller særlig krav til informasjonsstrømmen mellom partene.

Reglene rundt dette er i hovedsak bygget opp etter praksis som har utartet seg i selskapene over tid.⁹

Som den store hovedreglen kommer alle reglene i loven også til anvendelse på kollektive forsikringer jfr. § 19-1, se også NOU 1983:56 s. 169 (se over). Dog viser § 19-1 til at "*når ikke annet følger av reglene i dette kapittel*", skal de andre reglene i loven følges. Dette vil igjen si at når det er regler som regulerer områder for kollektive forsikringer særskilt, går reglene i lovens kapittel 19 foran de andre reglene. Dette som følge av lex-specialis prinsippet som innebærer at spesielle regler går foran generelle regler. Et eksempel på dette er § 19-6 om forsikringens opphør, som er en uttømmende bestemmelse og dette

⁷ Brynildsen m.fl. s. 601

⁸ Brynildsen m.fl. s. 604

⁹ Brynildsen m.fl. s. 604

innebærer derfor at § 14-2 om forsinket premiebetaling, senere premievarsler, ikke kan påberopes overfor medlemmer.¹⁰

Videre sier § 19-1 at lovens regler også gjelder kollektive forsikringer ” *så langt de passer*”. Hovedregelen her er at de fleste andre bestemmelsene i lovens kapittel 10-18, ”passer” også til kollektive forsikringer. Et eksempel på dette kan være forsikringsbevisets materielle innhold etter § 11-2¹¹. Et annet eksempel er forsikredes opplysningsplikt ved tegning etter §§ 13-1 til 13-4. Det er også uttalt i forarbeidene, s. 174 at: ”de kollektive personforsikringer i meget stor utstrekning bør være undergitt de samme regler som individuelle forsikringer”. Formuleringen ”så langt de passer” er også omtalt som en viss sikkerhetsventil for bestemmelsen.¹²

1.1. Hva ligger i muligheten til å påberope seg karensklausulen i § 19-10?

I personforsikring kan selskapet selv fastsette forsikringens farefelt. Dette innebærer at selskapet selv kan bestemme hvilke farer eller risikobegivenheter forsikringen skal omfatte.

¹³ Ser vi dog på § 10-3 fremkommer det at del B i FAL ”...ikke kan fravikes til skade for den som utleder rett mot selskapet av forsikringsavtalen” når ikke annet er bestemt. Dette betyr at selskapet ikke står helt fritt til å fastsette sitt farefelt. Etter reglene om forsikredes opplysningsplikt og § 13-5 kan ikke selskapet benytte objektive helseklausuler. Hva menes så med objektive helseklausuler? Dette omfatter blant annet klausuler hvor selskapet på objektivt grunnlag avgrenser sitt ansvar mot sykdommer, som var tilstede da selskapets ansvar startet.¹⁴ Selskapet har altså ikke mulighet til å fraskrive seg ansvar for sykdom ved farefeltsavgrensning hvis det først overtar risikoen for sykdom. Har selskapet først overtatt risikoen for sykdom kan det ikke gjøre seg ansvarsfri for sykdommer som da er konstantert

¹⁰ Brynildsen m.fl. s. 605

¹¹ Brynildsen m.fl. s. 605

¹² RT. 2008.720, avsnitt 39

¹³ NOU 1983:56 s.78 og Mordt s.1

¹⁴ Mordt s. 1

eller oppstått før ansvaret begynte å løpe.¹⁵ Ser vi på bestemmelsen i § 13-5 første ledd første setning inneholder denne et klart forbud mot objektive helseklausuler:

”Omfatter forsikringen følgen av sykdom eller lyte, kan selskapet ikke ta forbehold om at det er uten ansvar for det tilfellet at sykdommen eller lyte forelå allerede da selskapets ansvar begynte å løpe ”

Ser man på reglene om forsikredes opplysningsplikt kan man også her lese at det foreligger et forbud mot objektive helseklausuler. Etter § 13-1a skal selskapet skaffe seg de opplysningene det mener er nødvendig for sin risikovurdering. Dette gjøres ved å stille spørsmål om helsen til forsikrede. Det er selskapet som er ansvarlig for å spørre etter de opplysninger det trenger for sin risikovurdering. Fremkommer det opplysninger som fører til at selskapet ønsker å avgrense forsikringsdekningen skal dette opplyses. Selskapet kan ikke unngå lovens bestemmelser om opplysningsplikt ved å gjøre forhold det kunne ha spurt om til betingelser for gyldigheten til forsikringen.¹⁶ Forbudet mot objektive helseklausuler kan oppsummeres som at: ”...forsikringen i utgangspunktet må omfatte sykdommer forsikrede hadde på tidspunktet selskapets ansvar begynte å løpe, forutsatt at opplysningsplikten var oppfylt og at selskapet, på bakgrunn av opplysninger fra forsikrede, ikke har avgrenset sitt ansvar mot noen spesielle sykdommer”.¹⁷

En av de tingene som skiller kollektiv forsikring fra individuell forsikring er at risikovurderingen ved tegning av forsikringen er mye mindre omfattende enn ved tegning av individuell forsikring. Ved kollektiv forsikring innhentes normalt ikke fullstendige helseopplysninger slik det gjøres ved risikovurderingen ved tegning av individuelle forsikringer. Ved kollektive avtaler innhetes enten en arbeidsdyktighetserklæring fra forsikredes arbeidsgiver eller det leveres inn en forenklet helseerklæring. Enklere risikovurdering er klart en av fordelene ved kollektive avtaler, da de er mye enklere å administrere og dermed også mye mindre kostnadskrevende. Som følge av langt mindre

¹⁵ NOU 1983:56 s. 78 og 79 og Mordt s. 1

¹⁶ Mordt s. 2

¹⁷ Mordt s. 2

omfattende risikovurdering har selskapet behov for å beskytte seg mot forsikringstilfeller som inntreffer som følge av en helsetilstand som forsikrede hadde ved tegning av forsikringen. Dersom selskapene ikke har mulighet til å reservere seg mot dette, ville de være nødt til å foreta en mye mer omfattende risikovurdering og dermed faller litt av formålet bak kollektive forsikringer bort. Selskapet har også behov for å beskytte seg mot spekulasjonsfare. Dette er årsaken til at det i enkelte tilfeller kan være mulighet for selskapet til å påberope seg regelen om objektive helseklausuler. Dette er også det hensynet som ligger bak karenstidsbestemmelsen.¹⁸

Hovedregelen er altså at selskapet ikke kan påberope seg bruk av objektive helseklausuler. Karenstid innebærer bruk av objektive helseklausuler. Karenstid innebærer at forsikringen først blir fullt gyldig ved karenstidens utløp, for eksempel to år slik som etter § 19-10. For å kunne benytte seg av karenstid må det være derfor være utrykkelig hjemmel for dette. En slik hjemmel finnes i § 19-10 for kollektive forsikringer. Forarbeidene til bestemmelsen sier at denne bestemmelsen uttømmende regulerer muligheten for å benytte seg av objektive helseklausuler.¹⁹ Selskapet kan påberope seg karensbestemmelsen dersom sykdommen som forårsaket uførheten eller døden inntraff ”...innen to år etter at selskapets ansvar begynte å løpe”.

1.2 Vilkår for bruk av karenstid

For å kunne benytte seg av regelen om karenstid er det flere spesielle vilkår som må være oppfylt.

§19-10 første ledd første setning lyder:

”I kollektiv livsforsikring kan det uten hinder av § 13-5 avtales at selskapet ikke svarer for arbeidsuførhet som inntreffer innen to år etter at selskapets ansvar begynte å løpe, og som skyldes sykdom eller lyte som medlemmet hadde på dette tidspunkt, og som det må antas at medlemmet kjente til. Tilsvarende gjelder for en risiko knyttet til en medforsikret person

¹⁸ Mordt s. 3

¹⁹ NOU 1983;56 s. 90 og Mordt s.2

som ikke har avgitt helseerklæring. Første punktum får også anvendelse for særlige ytelser som tilfaller etterlatte som følge av medlemmets død, men slik at det ikke kan avtales lengre ansvarsfrihet enn ett år fra det tidspunkt da selskapets ansvar begynte å løpe. ”

Bestemmelsen henviser til kollektiv livsforsikring. Karenstid i kollektive forsikringer kan kun brukes i noen former for risiko under en livsforsikring.²⁰ Det er her forskjell om man skal vurdere hovedforsikret eller om forsikrede etterlater seg samboer, ektefell eller barn som er tatt med i avtalen. For hovedforsikrede er det mulighet til å benytte karenstid først og fremst ved arbeidsuførhet.²¹ Jeg vil diskutere kravet til arbeidsuførhet under. For avtaler som inneholder for eksempel ektefellepensjon og barnepensjon kan karenstid benyttes ved risiko for død. Et eksempel på dette kan være en avtale som gir utbetaling ved dødsfall som også har tilknyttet en tilleggsdekning som gir utbetaling til ektefelle, såkalt ektefelletillegg. I en slik avtale kan selskapet benytte karenstid for tilleggsytelsen men ikke for dødsfallsforsikringssummen. Dette vil si at dersom forsikrede dør innenfor karenstiden vil dødsfallsforsikringssummen bli utbetalt etter reglene i FAL (eller til andre dersom forsikrede for eksempel har oppnevnt noen som begunstiget). Når det gjelder tilleggsytelsen som er tegnet på avtalen for ektefellen vil denne ytelsen ikke bli utbetalt dersom de øvrige vilkårene i § 19-10 er oppfylt. I avtaler som har fastsatt forsikringssummen uten at det er inntatt regler om forsikredes etterlatte, kan selskapet ikke bruke regelen om karenstid på dekning ved død.²²

Fra bestemmelsen fremkommer det at det ikke er anledning til å benytte en karenstid på mer enn to år, med referanse i ”...inntreffer innen to år etter at selskapets ansvar begynte å løpe”.

1.2.1 Arbeidsuførhet

Som nevnt over gir regelen i § 19-10 selskapet mulighet til å påberope seg karensbestemmelsen ved tilfeller der forsikrede har blitt arbeidsufør. Er dette problematisk

²⁰ Mordt s. 34

²¹ Mordt s. 34

²² Mordt s. 34

med tanke på at regelen omhandler kollektive livsforsikringer? Ser vi på individuell forsikring er det her bare mulig å benytte karenstid ved uføredekning jfr. § 13-5 2.pkt. § 19-10 gir også mulighet for å bruke karenstid i kollektiv livsforsikring. Arbeidsuførhet i denne bestemmelsen betyr det samme som ”uføredekning” i § 13-5 2. andre punktum.

Rent språklig kan man forstå livsforsikring som en forsikring som kun dekker forsikringstilfeller grunnet død. Det er også dette som kjennetegner en livsforsikring. Ved livsforsikring ser man heller ikke på hvilken risiko som har medført døden.

Forsikringsselskapet utbetaler forsikringssummen dersom forsikrede dør i løpet av forsikringsperioden. Dog er det ikke uvanlig at denne dekningen for død er kombinert med andre dekninger, som for eksempel arbeidsuførhet. Dersom det er tilfellet vil forsikringen også gi utbetaling om forsikrede skulle bli arbeidsufør i forsikringsperioden. Hva skal så til for å fylle kravet om å være arbeidsufør? Dette må vurderes nettopp på bakgrunn av at det er i tilfeller der hovedforsikrede på avtalen blir arbeidsufør at selskapet kan benytte denne bestemmelsen. Dersom kravet til arbeidsuførhet ikke er oppfylt faller også muligheten for å påberope seg bestemmelsen bort. Her er det forsikredes arbeidsevne som må vurderes.

Arbeidsuførhet som skyldes medisinsk uførhet faller utenfor. For å fylle dette kravet må forsikrede ha en sykdom/lyte som gjør at arbeidsevnen er nedsatt med minst 50 %. Dette gjelder ikke bare til det yrke forsikrede hadde før sykdommen inntraff men også for annet yrke som kan passe. Arbeidsuførheten kan sies og betraktes fra ” i hvilken grad den forsikrede må antas å kunne stå i et yrke som høver for ham i framtiden”.²³ Det stilles ofte krav til at det er forsøkt attføring slik at man før muligheten til å se på om det kan være grunn til å gi omskolering.²⁴ Videre stilles det krav til at arbeidsevnen er varig. Dette kan være vanskelig å fastslå og må derfor vurderes skjønnsmessig og medisinsk.

Det har vært prøvet saker for nemnda i denne forbindelse:

FSN 5311:

²³ Børke og Christiansen, s. 9

²⁴ Børke og Christiansen, s. 9

En profesjonell ballettdanser ble ufør grunnet smerte i tåledd som førte til at han ikke lenger kunne danse. Han ble ikke innvilget dekning fra forsikringsselskapet da de mente at han kunne utføre andre typer yrker. I selskapets vilkår het det at når graden av arbeidsuførhet skal vurderes skal det sees på ” inntekt av vanlig arbeid og ervervsinntekt som forsikrede ellers kan oppnå.” Forsikringsskadenemnda uttalte at : ” *Det følger av dette at uføregraden ikke kan fastsettes utelukkende ut fra forsikredes tidligere yrke og yrker som har sammenheng med dette. Inntekt som forsikrede kan oppnå i andre yrker, eventuelt etter opplæring eller omskolering, skal også tas i betraktning.*”

Vi ser at det i denne saken er lagt avgjørende vekt på at forsikrede vurderes til å ha arbeidsevne for et annet yrke enn sitt opprinnelige yrke som ballettdanser.

FSN 7101:

En skipskokk ble sykemeldt grunnet prostatitt og angst. Selskapet mente at han ikke var ervervsufør til ”*ethvert yrke*” grunnet sin prostatitt. Selskapet mente også at forsikredes plager med angst/psykosomatiske plager ikke kunne tas med i vurderingen da denne type plage ikke var en vitenskaplig basert sykdom. Selskapet avslo hans søknad om uføredekning. Om dette siste momentet uttaler nemnda: ” *Nemnda ser det for sin del slik at forsikredes helseplager, inkludert angstplager og psykosomatiske plager, oppfyller enhver rimelig definisjon av sykdom, herunder den definisjonen som finnes i forsikringsvilkårene.*” Videre påpeker nemnda at forsikrede mottok ytelse fra trygden med bakgrunn i oppfylte vilkår om minst 50 % arbeidsuførhet. Nemnda påpeker også at: ” *Selskapet har ikke forsøkt å godtgjøre at forsikrede uten omskolering kunne ha tatt annet arbeid som ville ha gitt en inntekt på mer enn halvparten av inntekten i hans tidligere stilling.*” Forsikrede ble gitt medhold i denne saken.

1.2.2 Når inntreffer arbeidsuførhet?

Arbeidsuførheten må ha inntruffet innen karenstiden for at selskapet skal kunne benytte seg av regelen. Dette er sentralt i bestemmelsen da dette fastsetter om forsikredes

arbeidsuførhet startet innenfor den perioden som selskapet har mulighet for å benytte seg av karensbestemmelsen. Bestemmelsen sier klart at selskapet *"ikke svarer for arbeidsuførhet som inntreffer innen to år etter..."*

Selskapet kan altså ikke benytte seg av en karenstid som er lengre enn to år. Dersom selskapet skulle ha ønske om det, kan det benytte seg av en kortere karensperiode. Dette vil være en fordel for den som fremsetter et krav mot selskapet. Muligheten til å benytte seg av kortere karenstid fremkommer av § 10-3: *"Når ikke annet er sagt, kan bestemmelsen i del B ikke fravikes til skade for den som utleder rett mot selskapet av forsikringsavtalen"*. For avtaler som kun omfatter risiko for død for forsikrede gjelder en karenstid på ett år. Årsaken til at karenstiden kun er ett år for dødsfallssummer og ikke dekninger som gir utbetaling ved uførhet er at, før vi fikk bestemmelsen § 19-10 var det ett års karenstid som var det vanlige. Når den nye loven kom ønsket departementet å videreføre dette.²⁵

Når begynner så denne toårsfristen å løpe? Fristen begynner å løpe fra det tidspunktet selskapets ansvar begynner å løpe. Ved denne vurderingen må man gå til FAL § 19-5:

"Når ikke annet er avtalt eller følger av forholdet, begynner selskapets ansvar å løpe når avtalen er inngått".

Fra denne bestemmelsen ser vi at det i utgangspunktet foreligger full avtalefrihet for forsikrede som er med i den kollektive forsikringen fra begynnelsen av. Dette kan vi lese ut av: *"Når ikke annet er avtalt"*. Dersom forsikrede ikke har benyttet seg av avtalefriheten sin, begynner selskapets ansvar når avtalen mellom partene er inngått. For medlemmer som melder seg inn i den kollektive avtalen etter at den er etablert, begynner ansvaret å løpe når det etter § 19-5 andre ledd: *"...i samsvar med avtalen er sendt melding eller betalt premie, eller, om melding ikke er påkrevd, når vedkommende fyller vilkårene for å være medlem."* Ved vurdering av når selskapets ansvar begynner å løpe må det i noen tilfeller i tillegg til § 19-5 også legges til grunn reglene i FAL § 12-1 og FAL § 12-2 tredje ledd.²⁶ Typisk

²⁵ Ot.prp. nr. 52 (1995-1996) s. 12 og Mordt s. 35

²⁶ Mordt s. 36

eksempel hvor disse bestemmelsene vil komme til anvendelse er i de tilfeller hvor forsikrede levere helseerklæring og denne er avgjørende for vurderingen fra selskapets side om de ønsker å påta seg risikoen. Det vil være i de tilfeller der forsikringsavtalen ikke uttømmende sier hva som må være oppfylt for at selskapets ansvar skal begynne å løpe at det vil være korrekt å supplere med bestemmelsene i § 12-1 og § 12-2 tredje ledd.²⁷ For avtaler som vurderes til å være uttømmende når det gjelder hva som må være oppfylt for at selskapets ansvar skal begynne å løpe er det naturlig nok ikke nødvendig med supplerende av disse bestemmelsene.

Etter ordlyden fremsettes det et krav til at karensvilkåret ikke kan påberopes helt vilkårlig. Det fremkommer fra bestemmelsen at karensperioden har en begrensning. Hvordan skal man så beregne denne begrensningen? Når skal man anses å ha blitt ufør? Det vi omhandler her er jo arbeidsuførhet og det er ikke uvanlig at forsikrede både har perioder med sykemeldinger og friskmeldinger innenfor de to årene det her vises til. Hva blir så det avgjørende for å kunne bedømme om det foreligger en sammenhengende uføreperiode eller ikke? Dette er omtalt både i forarbeidene og det finnes flere FSN- avgjørelser om dette. Som eksempel kan nevnes to avgjørelser om dette som det er referert til hos *Bull* s. 303:

”FSN 1693 Pensjon: Forsikrede ble innmeldt i en kollektiv pensjonsforsikring juli 1987. Han var 100% sykemeldt fra januar til september 1988. I august 1989 ble han erklært 100 % arbeidsufør. FSN antok at arbeidsuførhet først inntrådte august 1989, dvs. mer enn to år etter at han trådte inn i forsikringen, slik at han hadde rett til dekning under forsikringen.”

Her ser vi at forsikrede hadde en lang sykemeldingsperiode året etter innmeldingen i forsikringen, men at han ble erklært arbeidsufør først i august 1989 som da klart er to år etter innmelding i forsikringsavtalen.

Til å belyse det motsatte kan vi gå til FSN 4357 som også er nevnt hos *Bull* s. 303:

²⁷ Mordt s. 36

”Forsikrede var omfattet av arbeidsgivers gruppelivsforsikring, med uføredekning fra 1. oktober 1991. I 1992 hadde han etter arbeidsgivers opplysninger 75 og i 1993 91 arbeidsdager. I 1994 måtte han slutte helt å arbeide. FSN anså han som sammenhengende arbeidsufør fra et tidspunkt før 1.oktober 1993, slik at han ikke hadde krav på dekning under forsikringen”.

Her ser vi et klart eksempel på at arbeidsuførheten ble anslått til å forligge innenfor karenstiden.

Det viktige momentet her for å kunne avgjøre denne type spørsmål, er å se på når forsikrede *”i realiteten må anses for å ha vært sammenhengende ufør ”*, se Ot.prp.nr.49 (1988-89) s. 152.

Så her er det altså det avgjørende om det foreligger en sammenhengende uførhetsperiode eller ikke. Det avgjørende her vil nok være å se på hvor lenge forsikrede har vært friskmeldt. Dette for å kunne se på arbeidsevnen totalt sett. Det vil naturlig nok være vanskeligere å hevde at forsikrede har en sammenhengende uføreperiode dersom det foreligger en eller flere lange friskmeldingsperioder. Dette fordi friskmeldingsperiodene viser at forsikrede har arbeidskapasitet. Videre må det også legges vekt på hvilken type sykdom som fører til at forsikrede blir sykemeldt og lengden på både sykemeldinger og friskemeldinger.²⁸

En viktig presisering med tanke på ovennevnte er at det ikke er noe problem om selve forsikringstilfellet har oppstått senere enn to år fra forsikrede ble innmelt i forsikringen. Det viktige er at forsikringsselskapet ikke svarer for forsikringstilfeller som følger av en arbeidsuførhet som oppstår i karenstiden.²⁹

²⁸ Bull s. 304

²⁹ Brynildsen m.fl. s 681

1.2.3 Begrepet sykdom/lyte

For at selskapet skal kunne påberope seg karenstidsbestemmelsen må uførheten være forårsaket av *samme* sykdom eller lyte, som forsikrede hadde på det tidspunkt selskapets ansvar begynte å løpe.

Hva kreves så for at uførheten skal falle inn under begrepet ”sykdom” eller ”lyte”?

Sykdom kan umiddelbart kanskje synes lett å avgrense. Man kan raskt tenke at så snart det foreligger en diagnose som oppfyller kravet om at det foreligger en sykdom så er vilkåret oppfylt. Eksempler på dette kan være kreft, diabetes og hjerneslag. Ved klart definerbare sykdommer er dette sjelden et problem. Blir forsikrede plutselig og helt uforutsett rammet av et hjerneslag som medfører arbeidsuførhet vil det ikke være vanskelig å konkludere med at forsikrede er rammet av en sykdom. Dog er det mange sykdommer som kan være langt vanskeligere å definere som sykdom. Utfordringen her er at mange lidelser ikke lett kan stilles og man må da gå inn å se på hvor går grensen for det som kan kalles sykdom. I tillegg vil en lidelse ramme ulike mennesker ulikt. Et eksempel på dette kan være ME (Myalgisk Encefalopati – også kalt ”utmattelsessyndrom”). Dette er en lidelse som om ofte tar lang tid å diagnostisere. Den har veldig ulikt omfang av plager hos de ulike pasientene og plagene som oppstår er ofte diffuse og vanskelige å kartlegge. En annen utfordring er at § 19-10 ikke sier noe om hva som skal til for at det må sies å foreligge en sykdom.

Bestemmelsen gir ingen veiledning med hensyn til hvor alvorlig lidelsen må være for å kunne se på som en sykdom eller om omfanget må være av en viss størrelse. Dette gir spesielt utfordringer når det gjelder å vurdere om en forsikret som har en psykisk lidelse omfattes av sykdomsbegrepet. En psykisk lidelse er subjektiv og kan være vanskelig å vurdere, spesielt vanskelig er det å vurdere personlighetsforstyrrelser. Hva skal til for å få en diagnose, veldig mange mennesker har personlighetstrekk som ikke faller inn under ”normalen”.

Begrepet sykdom er ikke klart definert verken medisinsk eller juridisk. I teorien henviser man til at sykdomsbegrepet må vurderes i samsvar med formålet med § 19-10 om at

bestemmelsen skal være et alternativ til å innhente helseopplysninger som følge av spekulasjonsfare.³⁰

Det finnes ikke mange saker om dette i rettspraksis. I teorien er det ofte henvist til en eldre avgjørelse fra Bergen: RG 1991 s. 692. Dommen er bl.a omtalt slik hos *Børke og Chrisitansen* s. 31:

”Denne saken dreide seg om når et personlighetsavvik kan sies å være en sykdom i forsikringsrettslig stand. Forsikrede, som hadde hatt en personlighetsforstyrrelse eller et personavvik allerede fra spebarnsalder, ble ervervsufør i karenperioden som følge av karakternevroser. Personlighetsforstyrrelsen hadde imidlertid ikke gitt seg ytre utslag før forsikringen trådt i kraft, verken for forsikrede selv eller hans lege. I tillegg hadde forsikrede tidligere tegnet individuelle livsforsikringer, uten at det var tatt reservasjoner. Forsikrede hevdet derfor at personlighetsavviket ikke kunne karakteriseres som sykdom. Forsikringsselskapets hovedlege hevdet på sin side, at det ikke kunne være avgjørende at forsikrede ikke hadde hatt aktive symptomer på tegningstidspunktet. Retten uttalte at de i utgangspunktet kunne se seg enige i hovedlegens betraktninger. Likevel kom retten, under sterk tvil, til at forsikredes personlighetsavvik ikke kunne karakteriseres som sykdom. Om sykdomsbegrepet uttalte retten blant annet:

Rettens poeng i relasjon til sykdomsbegrepet i forsikringsvilkårene, er at når det går så lang tid som 38 år før avviket er årsaken til en sykemelding, så finnes det unaturlig å si at A i mellomtiden hadde en sykdom av denne art. ”

Det skal bemerkes at denne saken var meget spesiell som man kan forstå ut fra fakta. Det som kan trekkes ut fra dommen er at både uttalelser fra lege og sykemeldinger for forsikrede vil være relevante momenter i vurderingen om det foreligger en sykdom.³¹

Som tidligere nevnt gir psykiske lidelser en ekstra stor utfordring. For å få hjelp her kan man gå til Forsikringsskadenemnda som har trukket frem en del momenter som kan brukes.

³⁰ Brynildsen m. fl. s. 685

³¹ Børke og Christiansen s. 32

³² De legger også til grunn at det skal vektlegges journalnotater, medikamentbruk og sykemeldingsperioder. ³³

En annen sak som underbygger at det er vanskelig å vurdere saker med personlighetsforstyrrelser er FNS 7173:

I denne saken fikk forsikrede diagnosen Aspergers syndrom (medfødt utviklingsforstyrrelse eller nevrologisk betinget personlighetsvariant hos mennesker som kan ha vansker med sosial omgang og kommunikasjon)³⁴ ca. 4 måneder etter innmelding i forsikringen. Denne saken ble avgjort med dissens og flertallet uttaler at *”et personlighetsavvik er ikke nødvendigvis en sykdom”*. Forsikrede opplyste i denne saken at han har oppfattet seg selv om spesiell over lang tid. Flertallet sier videre: *” En spesiell personlighet, herunder mangel på sosiale ferdigheter og tilbøyelighet til sosial angst, vil etter flertallets syn ikke uten videre innebære sykdom eller lyte i lovens forstand”*. Videre sier flertallet: *” At forsikredes har oppsøkt psykolog og mottatt behandling, herunder medisiner, kan ikke være avgjørende. Flertallet må legge til grunn at det kan oppstå behov for samtaler med psykolog og bruk av medikamenter uten at det med rimelig grunn kan sies å foreligge sykdom eller lyte i lovens forstand”*.

I denne saken blir det blir ikke behandling hos psykolog og medikamentbruk ansett som tilstrekkelig for at lidelsen skulle falle inn under sykdomsbegrepet.

Mindretallet i denne saker legger avgjørende vekt på at forsikrede i denne saken hadde oppsøkt lege og: ”gjennomført mange behandlingsformer både av kortere og lengre varighet” og videre vises det spesielt til psykologbehandling i to år.

Dette er en av flere saker hvor det kan se ut som nemnda er splittet i hva som skal legges til grunn for hvordan man skal begrunnet sykdomsbegrepet.

³² Børke og Christiansen s. 32

³³ Børke og Christiansen s. 32

³⁴ Wikipedia

Begrepet lyte forstås som en medfødt tilstand eller senere inntrådt skader, som vanskelig kan omfattes av sykdomsbegrepet.³⁵ Brynildsen m.fl angir følgende som eksempel på en ”lyte”:

*”Har f.eks medlemmet før innmelding hatt et benbrudd som har grodd i feilstilling, sier man neppe at han lider av en sykdom. Utvikler det seg slitasje i leddet og dette medfører ervervsuførhet innen to år, vil selskapet etter omstendighetene være fri for ansvar fordi medlemmet hadde et ”lyte” ved innmelding”.*³⁶

Det er en objektiv vurdering som må legges til grunn når selskapet skal vurdere om forsikrede på det tidspunktet da selskapets ansvar begynte å løpe, hadde sykdommen eller lytet som forårsaket uførheden i karenstiden. I denne vurderingen kan uttalelser fra for eksempel medisinsk sakkyndige være nyttige.³⁷

1.2.4 Kravet om kunnskap til sykdom/lyte- det subjektive element

Det er ikke nok til å fylle kravet i karensbestemmelsen at sykdom eller lyte objektivt sett kan vurderes til å være til stedet når selskapets ansvar begynte å løpe. Forsikrede må også ha kjent til sykdommen eller lytet på det tidspunkt selskapets ansvar begynte og løpe.³⁸ Fordi regelen i § 19-10 oppstiller et krav til at forsikrede måtte kjenne til sykdommen eller lyte når selskapets ansvar begynte å løpe er § 19-10 ikke noe rent objektivt unntak for selskapet. Ut fra dette kan selskapet ikke oppstille rene objektive helseklausuler i sine kollektive forsikringer.³⁹

FAL § 19-10 legger til grunn at arbeidsuførheten må skyldes ”sykdom eller lyte” (se over). Videre må det ”antas at medlemmet kjente til dette”. Dette vil si at det ikke bare er avgjørende om det foreligger en sykdom eller et lyte, men at medlemmet også må antas å

³⁵ Brynildsen m.fl. s 687

³⁶ Brynildsen m.fl. s.687

³⁷ Mordt s. 42

³⁸ Mordt s. 43

³⁹ Mordt s. 43

ha visst om dette ved tegning av forsikringen dersom selskapet skal kunne påberope seg denne bestemmelsen. Et viktig poeng her er å se på formålet med bestemmelsen som er at selskapet skal slippe å innhente fullstendige helseopplysninger for forsikrede (se tidligere i oppgaven). Legger man formålet til grunn vil dette trekke i retning av at sykdomsbegrepet ikke skal forstås strengt medisinsk, men at risikofaktorene for uførhet skal vurderes på linje med hvordan selskapet ville ha kunnet avdekket denne risikoen dersom de hadde innhentet fullstendige helseopplysninger fra forsikrede.⁴⁰

Når man skal gå inn å vurdere om forsikrede kjente til sin sykdom må man legge til grunn en konkret vurdering av fakta i hver sak. Dette fremkommer også i forarbeidene.⁴¹ Det kan vanskelig stilles opp kriterier som skal være fulgt for at man skal kunne hevde at forsikrede skal ha kjent til sin sykdom. Kjernen her blir jo nettopp hva man skal legge til grunn for å kunne "pålegge" forsikrede at han kjente til sin sykdom. Det er intet krav til at det skal foreligge diagnose, dog fremkommer det fra forarbeidene at sykdommen i alminnelighet må være konstatert.⁴² Bevisbyrden for å hevde at forsikrede kjente til sin sykdom ligger hos selskapet. I denne vurderingen vil det avgjørende være om forsikrede subjektivt har oppdaget at han har en sykdom.

For å kunne belyse dette med rettspraksis kan det trekkes en parallell til yrkesskadeforsikringsloven av 16.juni 1989 nr. 65 § 21. Denne bestemmelsen lyder som følger: "*Loven gjelder ikke for skader eller sykdommer som er konstatert før lovens ikrafttredelse*". Det sentrale i denne sammenhengen er "*konstatert*" som må forstås som "*oppdaget skaden/sykdommen*".⁴³ En avgjørelse som ofte trekkes frem i denne forbindelse er RT 2000 s. 70 – Iversendommen. Retten uttalte her i forbindelse med tolking av "*oppdaget skaden/sykdommen*" :

⁴⁰ Brynildsen m.fl. s 685

⁴¹ NOU 1983:56 s.184

⁴² Børke og Christiansen s. 33

⁴³ Bryndhilsen m. fl. s. 690

”det kan ikke kreves at en lege må foreta konstateringen eller at det foreligger en medisinsk diagnose....At skadelidte har blitt klar over skaden/sykdommen utover en mer eller mindre begrunnet mistanke er normalt tilstrekkelig”.

I denne saken ble det lagt til grunn at det er tilstrekkelig at forsikrede selv var blitt klar over at han hadde en skade/sykdom. Det bekreftes her at det ikke er krav om at må foreligge en stilt diagnose for at forsikrede skal kunne påberopes å kjenne til sykdommen/lytet.

Ser man på saker hvor nemnda har vurdert dette er begrunnelsen ofte formulert som i FSN 6407:

”Anvendelse av helseklausulen i ... FAL § 19-10, er ikke betinget av at forsikrede var kjent med diagnosen på lidelsen da ansvaret begynner å løpe. Det er tilstrekkelig at forsikrede på dette tidspunkt var kjent med symptomer eller tegn på sykdom. Dersom de symptomer forsikrede da var kjent med, senere viser seg å være utslag av samme lidelse som den som medfører uførhet innen to år, kan selskapet gjøre helseforbeholdet gjeldende”.

Det er dog viktig å bemerke at det her er snakk om plager som har et større omfang enn det ”mannen i gata” har av og til i sin hverdag. Til illustrasjon her kan det vises til Rt 2000 s. 1338 (Løvlie) hvor det ble uttalt vedrørende hva som kan kreves av forsikrede med hensyn til kunnskap om sin sykdom:

”Løsemiddelskader har imidlertid til dels symptomer som i dagliglivet oftes ikke forbindes med en skade eller sykdom av noe særlig varighet, men henføres til for eksempel akutt forgifning, for meget arbeid eller personlige problemer, og dermed antas å være av forbigående art. Det gjør det vanskelig for en legmann å oppdage at slik skade er oppstått.”

På den annen side kan ikke forsikrede hevde at plagene var å oppfattes som forbigående dersom andre omstendigheter tilsier at plagene kunne hatt betydning for risikobedømmelsen, jfr. Rt 2000 s.59 (Riksfjord) hvor det ble uttalt:

”..vesentlig betydning å få opplysninger om følelser av utmattelse, diffuse smerter og problemer med ryggen. Selv om A gikk ut fra at de problemene han hadde, var forbigående, må disse- på grunn av den beskrivelse som er gitt i legejournalen, og de tidligere sykemeldingene som forelå- anses å ha vært av en slik karakter at han ikke kunne svare ”ja” på selskapets spørsmål om han var ”fullstendig frisk” og ”helt arbeidsdyktig”, uten å opplyse om dem. ”

Problemet om forsikrede må kunne ansees å ha kjennskap til sin sykdom/lyte har også vært oppe i nyere saker hos nemnda:

FSN 7492:

I denne saken ble forsikrede opptatt i forsikringen 27.10.04. Han ble arbeidsufør juli 2005 grunnet kneplager. Forsikrede hadde oppsøkt lege i august 1998 grunnet kneplager. Spørsmålet ble så om forsikrede kunne forventes å ha tilstrekkelig kunnskap om kneplagene da han ble innmeldt i forsikringen. Her mente FNS at ... *”Nemnda finner det lite sannsynlig at de smertene forsikrede hadde i tiden før konsultasjonen 11.11.04, herunder de smertene han hadde da selskapets ansvar begynte å løpe 27.10.04, hadde en annen årsak enn skadet menisk. At forsikredes plager med kneet på 1990-tallet ble antatt å være av muskulær art, viser ikke at plagene pr.27.10.04 hadde en annen årsak enn den som ble antatt fjorten dager senere og som nå er bekreftet”*. Konklusjonen i denne saken ble at: *”forsikrede hadde den aktuelle knelidelsen da ansvaret begynte å løpe, og at det må antas at han da kjente til denne lidelsen”*.

FKN 2009-237:

Denne saken omhandler en person med tilbakevendende psykiske plager. Forsikrede ble meldt inn i forsikringen (med dekning for uførhet) 15.03. 02. Han ble sykemeldt i okt. 02 og vedtak om uførepensjon fra trygden okt. 03. Forsikrede sendte sitt krav til selskapet om uførekapital feb.05. I dette kravet oppgav han en trafikkulykke i 1965 som årsak til sin

uførhet. Selskapet påberopte seg karensbestemmelsen på bakgrunn av at det i journalnotatene fremkom flere konsultasjoner for psykiske plager fra 1998 til 2003 og at disse plagene var lagt til grunn for han uførevedtak hos trygden. Forsikrede hevdet at depresjonsplagene før tegning var situasjonsbestemte, av en annen karakter enn plagene etter tegning, og at det hadde vært et opphold i plagene over en lang tid.

Nemnda la i denne saken vekt på at det i journalnotatene ikke hadde noen anmerkninger om psykiske plager i perioden 03.11.98 til 23.10.02. Videre sier de: ” *Med en så lang periode uten påviselige symptomer kan det vanskelig ses at forsikrede må antas å ha kjent til sykdommen. Nemnda påpeker at det ikke er spørsmål om han burde kjent til sykdommen, men om han faktisk antas å ha vært kjent med denne.*” Konklusjonen i denne saken ble i favør av forsikrede og nemnda mente at det ikke var sannsynliggjort at :” *forsikrede må antas å ha kjent til sykdommen som førte til uførehet...* ”.

Praksis på dette området viser at kunnskapskravet må vurderes konkret i hver sak slik det også fremkommer i forarbeidene. Ser vi på sakene som er nevnt over, kommer det frem at tidsaspektet eller omfanget av lidelsen (typisk hvor lite omfanget har vært) ikke nødvendigvis vil kunne brukes som et forsvar fra forsikredes side. Umiddelbart kan man kanskje tenke seg at det ikke skal kunne stilles strenge krav til å gi opplysninger om forhold som ligger langt tilbake i tid, eller plager som synes forbigående, men etter praksis fremkommer det at dette nødvendigvis ikke er tilfellet. Videre er det også vanskelig å kunne trekke noen generelle konklusjoner om hva som kreves som bevis for kunnskapskravet. Som nevnt er formålet med § 19-10 at selskapene nettopp skal slippe å innhente fullstendige helseopplysninger. Ved vurdering av hva forsikrede burde ha opplyst om må man da også se på hvilke opplysninger som ville vært relevant dersom selskapet skulle ha gjort en full risikovurdering. Dette poenget kan illustreres med saken FSN 2969. Saken er gjengitt slik hos Brynildsen m.fl s. 685:

”Her var forholdet at medlemmet fra slutten av 70-årene pådro seg en angina pectoris, og ble i 88 operert med venebypass. Hadde deretter ingen symptomer fra

hjertet og ble meldt inn i kollektivforsikringen 1.7.89. Sommeren 90 fikk han igjen symptomer på angina, og ble langvarig sykmeldt fra 1.3.91. Selskapet påberopte § 19-10. Medlemmet argumenterte med støtte i en medisinsk erklæring at blodgjennomstrømningen til hjertet etter operasjonen- og dermed på innmeldingstidspunktet – var helt normal og ga ingen symptomer. Det ble derfor vist til at § 19-10 ikke kunne anvendes når han var hjertefrisk og dermed ikke ”hadde” noen ”sykdom” på innmeldingstidspunktet. Selskapet bestred ikke det medisinske utgangspunkt, men mente at § 19-10 ikke kunne tolkes så bokstavelig. Selv om han medisinsk sett var hjertefrisk ved innmelding, representerte den tidligere hjertesykdommen en klar økt risiko for tilbakefall.”

Dersom forsikrede i denne saken hadde søkt om en individuell personforsikring ville han ha måtte fylle ut en fullstendig egenerklæring om sin helse. I denne erklæringen ville det da vært flere spørsmål som ville gitt selskapet opplysninger om hans tidligere hjertelidelse. Ved søknad om en individuell uføreforsikring ville han fått avslag på grunn av tidligere hjertesykdom.⁴⁴ Dette fordi forsikrede hadde en høyere risiko for uførhet enn en sammenliknbar normalbefolkning på grunn av en grunnleggende hjerte- og karsykdom. Nemnda uttalte følgende om selskapets argument for å påberope karensbestemmelsen i § 19-10, ref Brynildsen m.fl.s 686:

”FSN legger til grunn at når forsikrede ble operert for angina pectoris før forsikringen ble utvidet til å omfatte rett til uførekapital, må det sies å ha foreligget en sykdom eller lyte i vilkårenes forstand, selv om forsikrede var smertefri da utvidelsen trådet i kraft. Når anginasymptomene igjen oppsto før to år var gått, antar nemnda at vilkårenes forbehold får anvendelse. Selskapet gis medhold.”

Ut fra dette kan vi lese at det kan kreves at forsikrede vedkjenner seg at de visste om eller hadde kunnskap om en sykdom/lyte og gir beskjed til selskapet om dette når lidelsen er av en slik art at forsikrede måtte forstå at dette kunne hatt innvirkning på forsikringen dersom

⁴⁴ Brynildsen m.fl s. 686

symptomer/lidelser forelå før selskapets ansvar begynte å løpe eller i forsikringens karenstid.

Flertallet i FSN 5093 uttalte imidlertid at det ikke hadde noen avgjørende betydning:

”... det ikke er avgjørende at opplysning om den tidligere kreftsykdommen ville ha ført til avslag dersom det hadde vært krevd helseopplysninger. Heller ikke er det avgjørende om helseopplysninger eventuelt ville ha fanget opp kulen i armhulen, slik at forsikrede på dette grunnlag ville ha fått avslag dersom det var krevd helseopplysninger. Slik § 19-10 er utformet, risikerer selskapet ansvar i tilfeller hvor ansvar ville ha vært unngått ved korrekte svar på spørsmål i godt utformet spørreskjema om helse”.⁴⁵

Mindretallet la mer vekt på § 19-10 som substitutt for helseopplysninger enn det flertallet gjorde og mente at det subjektive kunnskapskravet var oppfylt:

*”På bakgrunn av forsikredes tidligere sykehistorikk hadde symptomene, etter mindretallets syn, manifestert seg i en slik grad at de skilte seg fra mer forbigående plager. Det er tilstrekkelig at forsikrede var kjent med symptomene. Det kreves ikke at diagnose var stilt. For øvrig vil mindretallet peke på at formålet med § 19-10 er å være et substitutt for individuelle helseopplysninger. Sykdomsbegrepet som brukes i bestemmelsen kan derfor etter mindretallets oppfatning ikke forstås strengt medisinsk, men snarere i retning av risikofaktorer som foreligger før innmelding og som selskapet ved individuell helseprøving av medlemmet ville tatt forbehold for jfr. ut 2969...Mindretallet ser det derfor slik at når forsikrede ble operert for kreft før hun kom med i forsikringsordningen, må det sies å ha foreligget en grunnleggende kreftsykdom som disponerte for økt dødsfallsrisiko.”*⁴⁶

⁴⁵ Mordt s. 46

⁴⁶ Mordt s. 47

Vi ser fra ovennevnte at det ikke er klare momenter for hva som kreves med hensyn til kravet om subjektiv kunnskap. Det man kan lese ut av dette er at kravet til subjektiv kunnskap må, som nevnt tidligere, konkret vurderes i hver enkelt sak.

1.2.5 Kravet til årsakssammenheng mellom sykdom/lyte og uføreårsak.

Etter regelen i § 19-10 skal det foreligge årsakssammenheng mellom den lidelsen (sykdom/lyte) forsikrede hadde ved innmelding i forsikringen og den lidelsen som fører til uførheten. Dette refereres til i ”*som skyldes*” i bestemmelsen. Etter bestemmelsen i § 13-5 annet ledd er det et vilkår at det skal foreligge årsakssammenheng mellom symptomer som har vært aktuelle i karenstiden og sykdommen som fører til kravet mot forsikringen.

For at det skal kunne foreligge et krav under forsikringen, må et forsikringstilfelle være utløst av en fare som er dekket under forsikringen samt at det tap som foreligger er innenfor forsikringsdekningen⁴⁷. Et eksempel på dette er en personforsikring som dekker tapt arbeidsinntekt grunnet svekket arbeidsevne grunnet sykdom. Stuart Mill’s betingelselære er et utgangspunkt her. Her heter det at A er årsak til B dersom B ikke ville ha inntrådt om A ikke hadde foreligget. A er altså en nødvendig betingelse for at B skal inntre.⁴⁸

Ved vurdering om det foreligger årsakssammenheng er det gjerne to ulike problemer som melder seg. Det første problemet er at det kan være faktisk vanskelig å påvise at det er en årsakssammenheng mellom den lidelsen som forsikrede blir arbeidsuføre av, og den lidelsen som var til stedet ved inngåelse av forsikringen. Et minimum man må kunne kreve i denne vurderingen er at det foreligger en logisk årsakssammenheng.⁴⁹ Dog vil det helt klart i noen saker ikke være noen spørsmål om det foreligger årsakssammenheng. Dette

⁴⁷ Bull s. 244

⁴⁸ Bull s. 244

⁴⁹ Børke og Christiansen s. 20

gjelder ofte i saker hvor det er klart at det er lidelsen forsikrede hadde som er årsak til uførheten. Det andre problemet som er mer spennende, og som er et rettslig problem, er hvordan man løser saker der arbeidsuførheten er forårsaket av flere ulike lidelser. I disse sakene legges normalt hovedårsakslæren til grunn.⁵⁰ I vurderingen om det foreligger årsakssammenheng er det selskapet som må sannsynliggjøre sammenhengen.

Disse problemstillingene har vært behandlet hos FSN mange ganger. I teorien er sak FSN 3798 ofte trukket frem som illustrasjon for det første problemet. I denne saken var forsikrede medlem i gruppelivsforsikring med uførekapital i september 1995. Hun hadde fra oktober i 1992 mottatt 50 prosent uførepensjon fra Folketrygden grunnet fibromyalgi. I mars 1996 ble hun 100 prosent arbeidsufør på grunn av neurosis depressiva. Denne lidelsen hevdet forsikrede var utslag av forhold rundt hennes arbeidssituasjon. Selskapet hevdet i denne saken at forsikrede hadde depresjon allerede ved innmeldingen. Nemnda uttalte blant annet:

”Forsikrede hadde ingen sykemeldinger grunnet psykiske lidelser forut for tilknytningen til forsikringen. Det er heller ikke dokumentert at forsikrede noen gang oppsøkte lege for slike lidelser. De legeuttalelser som går ut på at hun har hatt symptomer på psykiske lidelser forut for tilknytningen til forsikringen, er vage og til dels uklare. Det foreligger således en uttalelse om at hun alltid har vært klar over at hun har en nevrotisk plage, uten at det er utdypet hva som ligger i dette. Det foreligger også uttalelser om at hennes langvarige smertetilstand er av psykosomatisk og nervøs karakter. Nemnda kan ikke se at uttalelser som dette er tilstrekkelig til å føre forholdet inn under §19-10. Den depresjon som medførte økning av uføregraden til 100%, må antas å være utløst av forhold på arbeidssstedet. Selv om forsikrede også tidligere har vist tegn på psykiske plager, kan man ut fra de foreliggende opplysninger ikke si at depresjonen skyldes sykdom eller lyte som hun hadde på tilknytningstidspunktet. ”

⁵⁰ Børke og Christiansen s. 20

Problemstilling nummer to oppstår der hvor forsikrede blir arbeidsufør som følge av både en lidelse selskapet har tatt forbehold om (som da forelå når forsikringen ble tegnet) og en lidelse det ikke er tatt forbehold om. Som nevnt er det da hovedårsakslæren som skal legges til grunn. Dette prinsippet er utviklet i langvarig og fast norsk rettspraksis.⁵¹ Man vil i saker som dette se på hvilken av lidelsene som er dominerende eller mest vesentlig. Dette må vurderes i forhold til det samlede årsaksbildet, og for å kunne sies å være dominerende eller mest vesentlig må denne lidelsen utgjøre minst 50 % av uføreårsaken. Videre er det også viktig å være oppmerksom på at den dominerende årsak ikke alltid er den samme som den årsaken som ligger nærmest i tid. Dersom forsikrede ikke kan arbeide grunnet den lidelsen selskapet har tatt forbehold om, er dette en sterk indikator på at det er denne lidelsen som er årsaken til arbeidsuførheten.⁵² I praksis er det normalt ingen strenge skiller her. Blir forsikrede arbeidsuføre grunnet sterkt innslag av lidelsen som det er tatt forbehold om, blir normalt selskapet ikke erstatningsansvarlig.

I teorien er det ofte vist til FNS 5304 for å belyse dette problemet. Denne saken er gjengitt slik hos Bull s. 305:

”..det påpekes at når flere sykdommer har ført til uførheten, og det er gjort reservasjon fra dekningen for én av dem har nemnda tilordnet hver av sykdommene sin andel av uførheten. I det konkrete tilfellet tilordnet nemnda 50% til den sykdommen det var tatt forbehold om, nemlig postpoliosyndrom, og 50% til hjerteinfarkt som forsikrede ble rammet av.”

Vi ser at det i denne saken er brukt fordelingsregelen. Dette er motsetningen til hovedårsakslæren. Nemnda sier i denne saken at det var vanskelig å rangere den ene lidelsen som mer betydningsfull enn den andre og dette vil jo ofte være tilfellet i praksis.

⁵¹ Børke og Christiansen s. 21

⁵² Børke og Christiansen s. 21

Denne saken ble avgjort ut fra en skjønnsmessig og konkret rimelighetsvurdering og avviser derfor ikke hovedårsakslæren.⁵³

FKN -2009-344 er også et eksempel hvor hovedårsakslæren blir lagt til grunn. I denne saken ble en mann skadet ved en fallulykke. Legen konkluderte med at det etter fallet ikke forelå skaderelaterte brudd , men plager grunnet ”Scheuermann-forandringer” (forandringer i ryggraden)⁵⁴ som forsikrede allerede hadde da ulykken inntraff. Ut fra legens vurdering ble den skadebetingede medisinske invaliditet satt til 7 %, og det ble antydnet 35 % ervervsuførhet i aktuelle yrke, hvorav halvparten var skaderelatert. Fra trygden ble forsikrede tilstått 85 % uførepensjon. Forsikrede har etter dette arbeidet 3 dager i uken, 4-5 timer pr.dag. Selskapet tilbød erstatning for tap i fremtidig erverv basert på en uføregrad på 42.5 %. Forsikrede hevdet selskapet måtte betale erstatning basert på 85 %.

I nemndas vurdering, som gikk til fordel for selskapet, heter det:

” Selskapet har tilbudt et skjønnsmessig oppgjør for tap i fremtidig erverv basert på 50 % av forsikredes trygdemessige uførhet på 85 %. Forsikringsrettens hovedårsakslære, som antas å gjelde for frivillige ulykkforsikringer, innebærer at forsikrede kan stå uten krav mot selskapet selv om en uførhet er utløst av en ulykkeshendelse, dersom hovedårsaken til varig uførhet likevel må anses å være forsikredes egen helsetilstand, uavhengig av ulykken. Nemnda kan ikke se at forsikrede etter hovedårsakslæren kan ha krav på full erstatning for 85 % uførhet.

1.3 Forholdet mellom FAL § 13-5 og § 19-10

Ved vurdering av innholdet i § 19-10 må man også se på bestemmelsen i § 13-5. Når man skal se på hvilke ansvarsbegrensninger selskapene har mulighet til å innta i sitt forsikringsbevis er det denne regelen som er hovedregelen. Går man til ordlyden i § 19-10 første setning, ser man at det der eksplisitt står: ”I kollektiv livsforsikring kan det uten

⁵³ Børke og Christiansen s. 21

⁵⁴ Lommelegen.no

hinder av § 13-5 avtales at selskapet ikke svarer for arbeidsuførhet som inntreffer innen to år etter at selskapets ansvar begynte å løpe...” Det er selskapet som har ansvaret for å innhente det de trenger av helseopplysninger for å vurdere risikoen ved tegning av forsikring. Hovedregelen i § 13-5 er at selskapet ikke kan fraskrive seg ansvar for forhold ved forsikredes helse som forelår når ansvaret til selskapet begynte å løpe. Når ansvaret for innhenting av informasjon ligger på selskapet, gir dette ikke noen aktiv opplysningsplikt for forsikrede. Forsikrede skal som utgangspunkt svare ”riktig og fullstendig” på de spørsmål som selskapet stiller. Det er derfor opp til selskapet å stille de ”riktige” spørsmålene slik at de får tak i de opplysningene som er nødvendig for deres risikovurdering. Forsikrede har likevel en opplysningsplikt om forhold som forsikrede burde forstå har betydning for selskapets risikovurdering, jfr. § 13-1.

De egne bestemmelsene for kollektive forsikringer i kapittel 19 i FAL har ingen bestemmelser som særskilt tar for seg forsikrede eller forsikringstakers opplysningsplikt i kollektiv forsikring.⁵⁵ Dette i motsetning til avtaler om individuell forsikring der en lovendring som trådte i kraft januar 2009 skjerpet kravet til selskapet om å stille mer nøyaktige og konkrete spørsmål til kunde slik at de når får enda bedre opplysninger om kundens helse samt at selskapet nå er pålagt å gi god informasjon om de ulike stegene i saksbehandlingsprosessen. Når det gjelder fraværet av regler om forsikrede eller forsikringstakers opplysningsplikt i kollektive avtaler kan det umiddelbart se ut som det ikke er forutsatt at det pålegges partene noen opplysningsplikt i denne forsikringsformen.⁵⁶ Dog vil fraværet av en slik opplysningsplikt ikke være i samsvar med lovens system at § 19-10 skal gjelde der det er innhentet helseopplysninger. Skal denne forståelsen av bestemmelsen i kapittel 19 legges til grunn, sett i lys av kapittel 13, blir problemet at siden § 19-10 var en mer eller mindre kodifisering av tidligere praksis om å innhente enkle helseopplysninger i denne type forsikring som lovgiver kjente til før bestemmelsene i kapittel 19 ble til.

⁵⁵ Børke og Christiansen s. 41

⁵⁶ Børke og Christiansen s. 41

Ved individuelle personforsikringer er opplysningsplikten rundt forsikredes helsetilstand et tema.

Ser man på FAL § 13-1 a andre ledd er det lite tvil om at forsikrede og forsikringstakeren ikke har en selvstendig opplysningsplikt, med dette menes at de ikke er pålagt å gi informasjon om sin helse helt uoppfordret. Ved kartlegging av risikoen er det selskapet som ved hjelp av spørsmål må innhente det de skulle trenge for å vurdere risikoen på forsikringen. Ved at det er selskapet som stiller spørsmålene de ønsker til forsikrede, kan det sies at selskapet fastlegger innholdet i opplysningsplikten jfr. § 13-1-a første ledd. Forsikrede har på sin side plikt til å svare riktig og fullstendig på de spørsmålene som selskapet stiller. Videre er også forsikringstaker og forsikrede pliktig til å gi opplysninger om særlige forhold som kan ha en vesentlig betydning for selskapet jfr. § 13-1-a andre ledd siste punktum. I praksis er dette løst ved at selskapet stiller spørsmål hvor forsikringstaker og forsikrede må svare positivt eller negativt på om det foreligger andre forhold (annet enn det som det tidligere er stilt spørsmål om) som kan ha betydning for selskapets risikovurdering.

Retten til å innta ansvarsbegrensninger i forsikringsvilkårene må sees i sammenheng med opplysningsplikten.⁵⁷ Etter § 13-5 første ledd overtar selskapet som hovedregel risikoen for alle følger av sykdom eller lyte som forsikrede hadde da avtalen ble inngått. Utgangspunktet er at selskapet ikke har mulighet til å fraskrive seg ansvar for lidelser som var tilstede da avtalen ble tegnet. Ser vi videre på bestemmelsen er det stilt opp to viktige unntak fra denne hovedregelen i bestemmelsens første ledd andre punktum. Etter bokstav a) kan selskapet ta forbehold for risiko som på bakgrunn av opplysninger selskapet har fått fra forsikrede. Dette kan typisk være opplysninger som fremkommer fra helesopplysninger forsikrede har gitt som gir en økt risiko som selskapet ikke ønsker å påta seg.

Det andre unntaket går ut på at selskapet kan ta forbehold når ”særlige grunner” gjør at selskapet ikke kan innhente helseopplysninger fra forsikrede, jfr. litra b). Et eksempel som

⁵⁷ Børke og Christiansen s. 12

er trukket frem i forarbeidene er en situasjon der en forsikring selges over disk, og hvor det derfor vil være praktisk umulig å innhente helseopplysninger.⁵⁸ I slike tilfeller kan selskapet innta semi-objektive forbehold i forsikringsvilkårene. Slike forbehold er bare gyldige hvis forsikrede kjente til forholdet da forsikringen begynte å løpe.⁵⁹

Ser vi på bestemmelsen i § 13-5 første ledd er unntakene her viktige, men de skaper ikke de største problemene i praksis. Derimot oppstiller også bestemmelsen i § 13-5 annet ledd en mulighet for selskapet å ta forbehold for: "...sykdom som har vist symptomer etter et bestemt tidspunkt". Det er altså i denne bestemmelsen oppstilt et symptomklausul-unntak.

Etter reglene i § 13-5 annet ledd og § 19-10 kan altså selskapet ta forbehold for risiko som ikke grunner i helseopplysninger fra forsikringstaker eller forsikrede. Bakgrunnen for denne regelen er som nevnt tidligere at selskapet skal kunne beskytte seg mot spekulasjonsfare. Selskapet har behov for å ha en mulighet til å sikre seg mot at forsikring tegnes ved første tegn til sykdom.

I motsetning til kravene for forsikredes opplysningsplikt for symptomer som forsikrede kjente til ved tegning av forsikringen, er symptomklausul-unntaket objektivt utformet. Dette nettopp for å dekke opp for de tilfeller hvor forsikrede ikke kjente til lidelsen når avtalen med selskapet begynte å løpe.

1.4. Ansvarsbegrensningens varighet

Regelen i FAL § 19-10 opererer med en karenstid på to år. Før denne bestemmelsen kom var det vanlig å innta en evigvarende helseklausul i forsikringsvilkårene.⁶⁰ Vi ser derfor at når regelen i § 19-10 kom, ble kravet til helseklausulen skjerpet. Det oppstilles som nevnt også en symptomklausul i § 13-5 annet ledd, men denne er ikke gitt noen tidsbegrensning. Det er dette som skaper problemet med denne bestemmelsen. For hvor lang tid kan

⁵⁸ NOU 1983:56 s.91

⁵⁹ Børke og Christiansen s. 13

⁶⁰ Børke og Christiansen s. 14

selskapet påberope seg klausulen for? Skal bestemmelsen tolkes bokstavelig eller skal det legges til grunn en karenstid her slik som det er gjort i § 19-10? Går vi rett i lovteksten gir denne ingen veiledning med hensyn til hvor lang karenstiden skal være. Her fremkommer det kun: ”...sykdom som har vist symptomer etter et bestemt tidspunkt”. Vi må her se på begge bestemmelsene sammen og også se på sammenhengen i lovverket. I § 19-10 fremkommer det klart en karenstid på to år og samtidig som bestemmelsen henviser til § 13-5 ved ordlyden : ”... uten hinder av §13-5.” Det gir ingen god sammenheng i lovverket hvis man skulle ha muligheten til å benytte en lenger karenstid i individuell forsikring hvor man innhenter fullstendige helseopplysninger fra forsikrede enn i kollektive forsikringen hvor man ikke har helseopplysninger, eller har veldig beskjedne opplysninger om forsikredes helse.⁶¹ Går vi til forarbeidene blir det her sagt at det gjør seg gjeldende særlige forhold for kollektive forsikringer.⁶² På denne bakgrunn er det gitt en klarere avgrensning på karensklausulen på kollektive forsikringer. Det fremkommer ikke klart i forarbeidene om lengden på ansvarsbegrensingen i § 13-5 annet ledd. Lovgiver har trolig forutsatt at markedet selv vil regulere dette.⁶³ Ser man på hva som var bakgrunnen for å innføre bestemmelsen i § 13-5 annet ledd, som var vern på spekulasjonsfare, vil det være naturlig at karensbestemmelsen ikke har gjelder lenger enn hva risikoen for spekulasjon tilsier. Det vil derfor ikke være naturlig å forstå bestemmelsen til at karenstiden skulle være veldig lang. Dersom forsikringstakeren har til hensikt å tegne en forsikring når han kjenner symptom på en sykdom, for så å sikre seg økonomisk, vil det sannsynligvis ikke gå veldig lang tid før hans symptomer slår ut i full sykdom. I praksis vil det derfor være begrenset hvor lang karenstid det vil være fornuftig å ha på slike avtaler. Dette har også vært diskutert i juridisk teori. Brynildsen m. fl har uttalt følgende:

”En karens på to år eller mer i en uføredekning, vil i realiteten innebære at det ved individuell livsforsikring med fulle helseopplysninger kan benyttes et mer

⁶¹ Børke og Christiansen s. 15

⁶² Ot.prp. nr. 49 (1988-89) og Børke og Christiansen s. 15

⁶³ Børke og Christiansen s. 15

*omfattende forbehold enn hva som er tillatt for kollektiv livsforsikring uten fullstendige helseopplysninger.”*⁶⁴

Det legges her til grunn at lovgiver må ha ment at karenstiden for sykeforsikring som er ca. en måned også skal kunne legges til grunn for uføredekninger tilknyttet livsforsikringer.⁶⁵ Ser vi på hva som er praksis hos forsikringsselskapene har disse ofte en karenstid på tre til seks måneder.

En av forskjellene med kollektiv og individuell livsforsikring er som nevnt at det i individuell forsikring innhetes fullstendige helseopplysninger fra forsikrede. Med hensyn til dette er det ikke behov for å ha en like lang karenstid på de individuelle avtalene som for de kollektive avtalene. Skulle det vise seg at forsikrede har brutt sin opplysningsplikt til selskapet ved tegning av avtalen kan selskapet påberope seg de alminnelige reglene om dette i FAL §§ 13-2 til 13-4.

Det kan ikke sies å være så mye tvil om hva man bør konkludere med her etter min mening. Slik jeg ser det vil det ikke være fornuftig å ha en lenger karenstid for forsikringer som faller inn under § 13-5 annet ledd enn for de kollektive forsikringene med referanse til ovennevnte argumentasjon. Jeg synes det kan være noe vanskelig å bestemme eksakt hva som skal være en fornuftig karenstid for § 13-5 tilfellene, så jeg sier meg enig i konklusjonen fra teorien om at karenstiden som kan avtales etter § 13-5 annet ledd må vurderes etter forholdene.⁶⁶

1.5 Skjæringstidspunktet i FAL § 13-5 annet ledd og § 19-1

I regelen i § 19-10 fremkommer det klart fra hvilket tidspunkt sykdommen eller lytet må ha foreligget for at karensbestemmelsen skal kunne påberopes, nemlig på tegningstidspunktet jfr. ordlyden: ”...etter at selskapets ansvar begynte å løpe, ...”. Ser vi på bestemmelsen i §

⁶⁴ Børke og Christiansen s. 15

⁶⁵ Børke og Christiansen s. 15

⁶⁶ Børke og Christiansen s. 16

13-5 annet ledd er det ikke klart satt opp et slikt skjæringstidspunkt. Må det innfortolkes et slikt skjæringstidspunkt i § 13-5 annet ledd slik det er i § 19-10? Ut fra lovteksten kan det synes som selskapet har en videre adgang til å begrense sitt ansvar i individuell forsikring kontra kollektive forsikringer. Bestemmelsen i § 19-10 gir en viss veiledning ved tolkingen av § 13-5 annet ledd.⁶⁷ Skjæringstidspunktet for kollektive forsikringer er da forsikringen begynte å løpe jfr. § 19-10. Forsikrede må ha hatt kjennskap til sin sykdom/lyte på dette tidspunktet for at selskapet skal påberope seg karensbestemmelsen. Altså er det kun forhold som forelå før forsikringen begynte å løpe som kan tas i betraktning. Her må man også se på dette i sammenheng med forsikredes opplysningsplikt.⁶⁸ Som nevnt tidligere har selskapet mulighet til å stille spørsmål om helse for å kartlegge risikoen om forsikredes helse. Selskapet har mulighet til å stille spørsmål om dette helt frem til avtalen er satt i kraft, jfr. § 13-1a annet ledd. Så snart forsikringsavtalen er trådt i kraft avskjæres selskapets mulighet for å innhente helseopplysninger. Ser vi på § 19-10 skal dette være et substitutt for opplysningsplikten. På bakgrunn av dette stilles ikke forsikringsselskapet bedre i kollektive forsikringen enn i individuelle forsikringer.⁶⁹ Etter regelen i § 13-5 oppstilles det ikke noe skjæringstidspunkt, selv om bestemmelsen henviser til et bestemt tidspunkt, er det ikke sagt noen om når dette tidspunktet løper fra. Tolker man bestemmelsen strengt etter ordlyden kan selskapet ta forbehold om alle symptomer som har vist seg, eller vil vise seg. Med denne tankegangen kan jo selskapet i prinsippet avtale seg bort fra hovedreglen i § 13-5 første ledd.⁷⁰ En slik bruk av bestemmelsen blir veldig teoretisk og lite praktisk. Dog understreker det behovet for å presisere bestemmelsen i § 13-5 annet ledd.

For å finne veiledning til hvordan man skal presisere skjæringstidspunktet i § 13-5 annet ledd kan vi gå til § 19-10. Denne gir en veiledning fordi, som tidligere nevnt, er bestemmelsen i § 19-10 ment å være en tilpasning og et unntak fra § 13-5 annet ledd. Dette gir derfor støtte for en innskrenkende tolking av § 13-5 annet ledd.⁷¹ Dette synet er også

⁶⁷ Børke og Christiansen s. 18

⁶⁸ Børke og Christiansen s. 18

⁶⁹ Børke og Christiansen s. 18

⁷⁰ Børke og Christiansen s. 18

⁷¹ Brynildsen m.fl. s 442

gitt støtte i Gulating lagmannsrettsdom av 25. 08.2004 (LG-2003-04607).⁷² Ser vi på hva forsikringsskadenemnda har uttalt i denne sammenheng ser vi at de har hatt ulikt syn på dette. I FSN 2293 var det snakk om en sak hvor akutte nakkeplager hadde ført til sykemelding for forsikrede. I sin vurdering avslo forsikringsselskapet kravet med begrunnelse i at forsikrede også på et tidligere tidspunkt hadde hatt nakkeplager. Selskapet hadde i sine vilkår inntatt en bestemmelse om unntak for sykdommer som har vist symptomer ”de første 30 dager....eller tidligere”. Tvisten i saken omhandlet om begrensningen selskapet hadde inntatt i sine vilkår var i samsvar med regelen i § 13-5. Nemnda uttalte i denne saken at:

”Nemnda kan ikke se at det er i strid med loven å ta et slikt forbehold som gjort av selskapet, og som innebærer at sykdom som har vist symptomer før forsikringen ble tegnet og de første tredve dager etter, ikke dekkes”.

Denne avgjørelsen har vært kritisert i teorien og blant annet så har Brynildsen m.fl påpekt at :

*”Kunne selskapet vært ansvarsfri for alle sykdommer som en eller annen gang har vist symptomer før tegning, vil konsekvensen være at individuell helsebedømmelse er unødvendig”.*⁷³

I avgjørelser som kom etter denne har nemnda endret sitt standpunkt om dette. I FSN 3518 hevdet nemnda at den ikke kunne holde fast på sin praksis om at det kunne tas forbehold om symptomer som har foreligget forut for tegningen. Nemnda uttalte:

”Det framgår nemlig av lovens forarbeider at bestemmelsen er ment å ha en mer begrenset betydning. Det er forutsatt at bestemmelsen ses i sammenheng med lovens regler om innhenting av helseopplysninger som vilkår for at selskapet kan ta forbehold om at det er uten ansvar for bestemte sykdommer, jf. FAL § 13-5 første ledd a). Symptomklausulen forutsettes å supplere helseerklæringen i en

⁷² Brynildsen m.fl s. 442

⁷³ Brynildsen m.fl. s.444

overgangsperiode ved og etter tegningen av forsikringen. Den er ikke ment å kunne hjemle ansvarsfritak for sykdommer som allerede hadde manifestert seg med symptomer på slik måte og så tidlig at de kunne ha vært oppfanget gjennom vanlig helseerklæring. Bestemmelsen i annet ledd må på denne bakgrunn tolkes i samsvar med intensjonen, ikke etter sin ordlyd.”

Nemnda uttalte det samme i FSN 3528. I denne saken hadde selskapet, uten å innhente helseopplysninger, inntatt begrensning i vilkårene om at det ”bare svare for sykdom som har vist symptomer etter at forsikringen trådte i kraft . ” Nemnda uttalte:

”En så vid symptomklausul kan ikke anses hjemlet i loven, idet bestemmelsen i FAL § 13-5 annet ledd er forutsatt å være begrenset til symptomer som oppstår så sent at de ikke ville bli oppfanget av en helseerklæring. Jf. nærmere nemndas ut. FSN-3518. I saken her ville selskapet, om det hadde innhentet helseerklæring, fått kjennskap til forsikredes HIV. Når selskapet valgte å unnlate å innhente slik erklæring, kan det ikke påberope seg en slik objektiv symptomklausul som det her er tale om. ”

Denne forståelsen av bestemmelsen har nemnda senere opprettholdt, blant annet i avgjørelsene FSN 5530, FSN 6214 og FSN 6283. I denne siste saken behandlet nemnda en sak rundt opplysningsplikten. Saksforholdet her var at selskapet mente at forsikrede ikke hadde overholdt sin opplysningsplikt, men selskapet kunne ikke påberope seg bestemmelsen i § 13-4 da det ikke forelå svik. Selskapet argumenterte derfor for å påberope seg symptomklausulen. Nemnda mente her at det ikke var mulig å påberope seg symptomklausulen. Nemnda uttalte:

”Denne anførselen lar seg etter nemndas oppfatning ikke kombinere med en anførsel om at symptomklausulen kommer til anvendelsen, jfr. FSN 3518. Når selskapet mener at opplysningsplikten er forsømt på en måte som selskapet kunne ha påberopt dersom forsikringstilfellet var inntrådt eller forsømmelsen var blitt

avdekket i tide (jfr. FAL §13-4 annet ledd), kan det ikke samtidig hevde at symptomklausulen kommer til anvendelse.”

Ut fra denne avgjørelsen kan vi lese at selskapet ikke kan påberope seg symptomklausulen i § 13-5 annet ledd i saker som i realiteten omhandler forsikredes opplysningsplikt.

Ut fra drøftelsen over fremkommer det at bestemmelsen i § 13-5 annet ledd nok er gitt en litt uheldig utforming. Etter at det har vært mange saker hvor det har vært behov for vurdering av hva som faktisk omfattes av bestemmelsen mener jeg at bestemmelsen bør forstås slik at det ligger et skjæringstidspunkt i bunn. Dette med tanke på det som er drøftet om hensikten bak bestemmelsen og i sammenlikning med andre bestemmelser i loven, da typisk § 19-10. Hva skjæringstidspunktet skal være kan nok diskuteres men jeg mener at den bør være seks måneder. Dette fordi denne fristen er fornuftig både med tanke på forsikrede og selskapet. Det er ikke hensiktsmessig for noen av partene at skjæringspunktet i individuelle forsikringer går over for lang tid. Bestemmelsen gjelder for individuelle forsikringer hvor det innhentes fullstendige helseopplysninger fra forsikrede og derfor er det ikke behov for samme skjæringspunkt her som for kollektive avtaler. Jeg mener også det kan forsvares et skjæringstidspunkt på seks måneder over selskapet med tanke på spekulasjonsfaren.

1.6 Er det mulig for selskapet å kombinere helseklausuler med helseopplysninger?

I overskriften til § 19-10 heter det ”*tegning av livsforsikring uten opplysninger om risikoen*”. Denne overskriften utløser to ulike problemstillinger. Den første problemstillingen er om denne bestemmelsen bare får anvendelse der selskapet ikke innhenter helseopplysninger. Den andre problemstillingen er om selskapet kan kombinerer helseklausuler etter denne bestemmelsen med helseopplysninger.

Ved tegning av forsikring vil selskapet måtte se på risikoen som den forsikrede kan utgjøre for dem. For å avdekke mulig risiko innhenter selskapet helseopplysninger fra den som tegner forsikring. I vanlig personforsikring innhentes det som omtales som fullstendige

helseopplysninger. Dette innebærer at den som søker forsikring fyller ut en egenerklæring med flere spørsmål om sin helse. Denne erklæringen er det som legges til grunn for vurdering av risikoen for forsikringssøknaden. Dersom selskapet finner det nødvendig kan det innhente ytterligere opplysninger om helsen. For kollektive forsikringer er det noe annen praksis vedrørende dette. Det er ikke uvanlig at selskapene innhenter noen helseopplysninger fra forsikrede (evt. ektefelle) i kollektive forsikringer, men disse opplysningene er på ingen måte like omfattende som når selskapet innhenter såkalte fullstendige helseopplysninger (se over). Det er også et skille mellom de frivillige ordningene og de obligatoriske ordningene. Ved sistnevnte innhentes normalt kun en arbeidsdyktighetserklæring som en enkel bekreftelse på at medlemmet er arbeidsdyktig. For de frivillige ordningene innhetes såkalt forenklet helseerklæring. Det skal bemerkes her at problemstillingen om bestemmelsen i § 19-10 kan gjelde fullt ut ikke er vanskelig med hensyn til de obligatoriske ordningene. For disse ordningene er dette ikke et problem. Problemet er relevant ved de frivillige kollektive livsforsikringene. Dette fordi det i denne type forsikringer er forsikrede selv som tar initiativet til forsikringen i motsetning til de obligatoriske dekningene som normalt er å finne i arbeidslivet. De frivillige ordningene vil kunne åpne for spekulasjon mot selskapet i mye større grad enn de obligatoriske ordningene. For å avdekke eventuell risiko ønsker derfor selskapet noen opplysninger fra forsikrede for å ha noe å vurdere risikoen ut i fra. Det vil ikke være hensiktsmessig å innhente fullstendige helseopplysninger ved slike forsikringer. Dette vil undergrave noe av ideen ved kollektiv forsikring.

Ser vi på forarbeidene fremkommer det der at lovgiver ønsket å videreføre den praksis selskapene hadde før FAL 1989 : ” *Utvalget er derfor kommet til at gjeldende avtalepraksis i store trekk bør kunne fortsette* ”⁷⁴. Denne praksisen gikk ut på å innta objektive forbehold i vilkårene uavhengig av om det var innhentet helseopplysninger eller om det var snakk om frivillige eller obligatoriske ordninger.⁷⁵ Bestemmelsens ordlyd henviser til ”*kollektive forsikringer*” og skiller ikke mellom obligatoriske og frivillige ordninger. Lovgiver har

⁷⁴ NOU 1983:56 s. 170

⁷⁵ Børke og Christiansen s. 40

omtalt betydningen av dette skillet i forarbeidene og var derfor klar over at det var ulike typer kollektive forsikringer.⁷⁶ Når lovgiver likevel da bruker terminologien ”kollektive forsikringer” trekker dette i retning av at bestemmelsen ikke skal tolkes innskrenkende. I motsetning kan man se på § 19-12 hvor det er gjort et klart skille mellom obligatoriske og frivillige ordninger. Ser man dog på ordlyden i overskriften kan dette indikere at bestemmelsen ikke gjelder for saker hvor det er innhentet helseopplysninger. Går man til forarbeidene her ser man at det ikke er naturlig å tolke enhver helseerklæring med ”opplysninger om risikoen”. Med vekt på hva som er fremkommet i forarbeidene om dette, vil det ikke være i strid med bestemmelsens overskrift eller ordlyd å tillate forenklede helseopplysninger i kombinasjon med helseklausuler.⁷⁷

I rettspraksis ble det prøvet en sak hvor selskapet i en gjeldsforsikring, hvor det var avgitt kortfattet helseerklæring, påberopte seg helseklausulen i henhold til § 19-10 som var inntatt i forsikringsbeviset.⁷⁸ Saken er gjengitt slik i Børke og Christiansen s. 41:

”I forbindelse med fornyelse av en gjeldsforsikring ble forsikringen utvidet fra å være en ulykkesforsikring til også å omfatte arbeidsuførhet som følge av sykdom. Forsikrede måtte i den forbindelse avgi svar på tre spørsmål om sin helsetilstand. Spørsmålene gikk ut på om hun hadde eller hadde hatt en alvorlig sykdom, om hun var fullstendig frisk og om hun var helt arbeidsfør. Forsikrede svarte nei på det første spørsmålet og ja på de to neste. Dette til tross for at hun flere ganger hadde oppsøkt lege i forbindelse med ryggsmarter. Selskapet hevdet derfor at forsikrede kjente til sykdommen som senere førte til arbeidsuførhet, på det tidspunktet forsikringen begynte å løpe. Dekningen ble avslått under henvisning til helseklausulens karenstid. Forsikrede hevdet på sin side at helseklausulen ikke kunne påberopes, idet det var innhentet helseopplysninger. ”

⁷⁶ NOU 1983:56 s. 170

⁷⁷ Brynildsen m.fl. s 698

⁷⁸ Gulating lagmannsretts dom av 05.03.1999

Selskapet ble i denne saken gitt medhold av retten. Det ble lagt avgjørende vekt både på uttalelsen fra Justisdepartementets uttalelse om at § 19-10 kan benyttes der det er innhentet helseopplysninger (se under) og på forarbeidene da de mener å godta at man kan innhente enkle helseopplysninger og samtidig bruke helseklausuler.

Det er flere syn på denne problemstillingen rundt § 19-10. I en uttalelse av 9. oktober 1990 har Justisdepartementet sagt at bestemmelsen skal gjelde fullt ut for kollektive forsikringer uavhengig av om det er innhentet individuelle helseopplysninger eller ei.⁷⁹ Etter forarbeidene kan det se ut som om det er ok at forbeholdet i bestemmelsen benyttes.⁸⁰ Nemndspraksis er ikke så klar i sin tolkning av dette. FSN mener at forbeholdet kan være ok i de tilfeller hvor selskapet har innhentet helt enkel helseerklæring, men ellers taler de mot bruken av begrensningen i bestemmelsen.⁸¹ Nemnda sitt syn på dette fremkommer i sak FSN 3686. Det ble her søkt om gjeldsforsikring i februar 1992 og forsikrede fylte ut en helseerklæring om egen helse. Hun opplyste her at hun var frisk og helt arbeidsfør. Det ble opplyst om en bilulykke i 1979, men forsikrede oppgav å være arbeidsdyktig fra 1980. Det fremkom i saken at forsikrede ikke hadde vært i arbeid etter 80 og at hun 1.11.93 fikk innvilget 100 % attføring som følge av ulykken i 1979. Ved krav om erstatning påberopte selskapet seg vilkårenes karensbestemmelse og de mente at forsikredes uførhet enten forelå på tegningstidspunktet eller inntrådet innen to år etter. Forsikrede hevet på sin side at karensbestemmelsen kun gjaldt når det ikke var innhentet helseerklæring. Nemnda uttalte følgende i denne saken:

”Så vel paragrafens overskrift....som de reelle hensyn som bestemmelsen hviler på, tilsier at bestemmelsen er begrenset til tilfeller hvor selskapet ikke, eller bare i begrenset omfang, innhenter og kontrollerer helseopplysninger. I dette tilfellet har forsikrede avgitt en helseerklæring hvor hun har besvart tre spørsmål om nåværende og tidligere helsetilstand og bruk av stimulerende/beroligende midler. Nemnda har vanskelig for å ta standpunkt til om dette medfører at tilfellet faller

⁷⁹ Bull s. 306

⁸⁰ NOU 1983:56 s. 170

⁸¹ Bull s. 306

utenfor § 19-10. For å kunne vurdere dette på forsvarlig grunnlag, bør nemnda bl.a ha en oversikt over hvilke spørsmål som vanligvis stilles av de forskjellige selskap ved tilslutning til kollektive forsikringer. En slik oversikt foreligger ikke for nemnda i denne saken. Forsikrede gis medhold. ”

I sak FSN 3744 mente nemnda at det var innhentet helseopplysninger ”i større omfang enn det som kan antas å forsvare bruk av FAL §19-10”. I denne saken hadde forsikrede besvart fire spørsmål, og en erklæring om HIV-smitte. Ett av spørsmålene som var besvart bestod også av flere elementer slik at spørsmålet spurte om flere opplysninger enn normalt. Dette ble altså ansett for å være for mye informasjon til at selskapet kunne påberope seg § 19-10 etter nemndas vurdering.

Når det gjelder dagens bruk av forenklede helseerklæringer er nok dette mindre utbredt. Det har også vært få tvister rundt dette i senere tid.⁸²

1.7 Er det begrensninger i hvilke helseopplysninger forsikringsselskapet kan innhente?

I de tilfelle selskapet inntar helseklausulen i § 19-10 i sine forsikringsvilkår, begrenser dette hvilke spørsmål selskapet kan stille i forbindelse med tegningen? Ser vi på overskriften til bestemmelsen i § 19-10 fremkommer det her at bestemmelsen bare kan benyttes der det ikke er innhentet noen helseopplysninger. Overskrifter indikerer derfor at i de tilfeller hvor selskapet ikke har innhentet helseopplysninger i tilstrekkelig grad til å kartlegge forsikredes reelle risiko, kan selskapet benytte seg av helseklausulen. Dog skal det utvises forsiktighet med å tillegge overskriften i bestemmelsen for stor vekt.

Går vi til ordlyden i § 19-10 ser vi at selskapet kan benytte helseklausulen ”uten hinder av § 13-5”. Ut fra denne ordlyden må nok bestemmelsen forstås i retning av at de opplysningene som kan kombineres med helseklausulen må i omfang og antall være

⁸² Brynildsen m.fl.s. 698

mindre enn det som kreves etter bestemmelsen i § 13-5.⁸³ § 13-5 regulerer de individuelle forsikringene og forsikrede og forsikringstaker er her underlagt en opplysningsplikt til å svare fullstendig og korrekt på spørsmål fra selskapet slik at selskapet får all den informasjonen det trenger for å gjøre en god risikovurdering. I individuelle forsikringer kan selskapet selv bestemme hvor mange spørsmål de ønsker besvart og hvor omfattende spørsmålene skal være. De fleste livsforsikringsselskapene, så langt jeg kjenner, benytter i dag normalt en egenerklæring om helse med rundt 30 spørsmål i individuelle forsikringer. Spørsmål som benyttes i de tilfeller der selskapet benytter seg av helseklausulen i § 19-10 må være vesentlig mindre i omfang og antall og gi mindre omfattende opplysninger om risikoen. Dette fordi helseklausuler etter § 19-10 ikke er avhengig av helseopplysninger på grunn av sin semi-objektive form. I § 13-5 tilfellene benytter selskapet seg av fullstendige helseopplysninger fra forsikrede og forsikringstaker i sin risikobedømming for å avgjøre ansvarsbegrensningene. Dette trekker i retning av at selskapet ikke kan anvende § 19-10 i de tilfeller der det innehar opplysninger fra forsikrede som gjør det mulig å gjennomføre en fullstendig risikobedømmelse av helsen. Begrunnelsen for dette er at § 19-10 er ment å være et videre unntak enn unntakene i § 13-5.

Videre må det også her legges vekt på at bestemmelsene i § 13-5 og § 19-10 regulerer ulike typer forsikringer. § 19-10 regulerer som kjent de kollektive forsikringer og som omtalt i begynnelsen av denne oppgaven har de kollektive forsikringer sine spesielle særtrekk. Dette er også fremhevet i forarbeidene.⁸⁴ De kollektive forsikringene omfatter jo en gruppe som helhet og dette er også utgangspunktet når vilkår og forsikringsbehov for gruppen skal fastsettes. Man må her også se på hvilken forsikringsform som omhandles når det skal vurderes hvilke ansvarsbegrensninger som skal tas inn i vilkårene. I de tilfeller der risikovurderingen av det enkelte medlem blir dominerende og ikke lengre den totale risikoen kan det forsvares at man er utenfor bestemmelsen i § 19-10.

⁸³ Børke og Christiansen s. 46

⁸⁴ NOU 1983:56 s. 166

Etter det jeg vet er spørsmålet om hvor mange eller omfanget av selskapets spørsmålsstilling i denne sammenheng ikke behandlet av domstolene. I teorien er det vist til en byrettsdom fra Sandefjord byrett ved dom av 15.03.95.⁸⁵ I denne saken, som omhandlet gjeldsforsikring, ble det avgitt en kortfattet helseerklæring med følgende spørsmål⁸⁶:

1. Har De eller har De hatt noen alvorlig sykdom?
2. Er De fullstendig frisk?
3. Er De helt arbeidsdyktig?

I denne saken kom byretten til at selskapet kunne påberope seg § 19-10. Retten uttalte blant annet dette i saken:

”Retten er enig med... Andersen i at overskriften i FAL § 19-10, lest isolert, kan synes å gi holdepunkter for en tolkning hvoretter bestemmelsens anvendelse er utelukket i ethvert tilfelle hvor det fra forsikredes side er gitt helseopplysninger til forsikringsselskapet i forbindelse med tegning, uavhengig av helseopplysningenes omfang. Bestemmelsens forarbeider gir imidlertid ikke holdepunkter for at lovgiver gjennom overskriftens ordlyd har ment å begrense bestemmelsens anvendelsesområde utover hva som fremgår av paragrafens øvrige ordlyd.”

Videre sier dommen:

”Retten finner, i hvert fall for et tilfelle som det foreliggende hvor forsikrede bare har gitt meget beskjedne helseopplysninger til forsikringsselskapet, i det vesentlige å kunne tiltre de synspunkter som fremkommer i uttalelsen. Dette synes også i dette tilfellet å være den løsning som har de fleste reelle grunner for seg....Dersom den avgitte helseerklæring her i seg selv skulle hindre forsikringsselskapet fra å påberope seg FAL § 19-10 ville resultatet lett blitt en markant og urimelig endring av selskapets risiko”.

⁸⁵ Brynildsen m.fl s. 700

⁸⁶ Brynildsen m.fl s. 700 og 698

I lys av grensespørsmålet er det, med tanke på hva denne dommen gir av veiledning, avgjørende å se på hvilke opplysninger spørsmål som disse faktisk gir til selskapet annerledes fra en arbeidsdyktighetserklæring. Det første spørsmålet kan synes noe krevende. Her blir det opp til forsikrede selv å vurdere om en sykdom er alvorlig eller ikke og om alvorlighetsgraden er så omfattende at det bør opplyses om til selskapet. På den annen side vil dette spørsmålet gi spesifikke opplysninger om sykdommer som forsikrede har hatt og da mulighet for selskapet til å vurdere det enkelte medlemmet spesifikt.⁸⁷ Spørsmål nummer to kan vanskelig gi et objektivt svar og dermed også vanskelig å benytte i risikovurdering for selskapet. Det tredje spørsmålet vil kun gi en bekreftelse eller avkreftelse på det samme som vil komme frem i en arbeidsdyktighetserklæring. Ut fra dette er det første spørsmålet som blir vanskelig å vurdere. Her er det helt avgjørende hvordan forsikrede tolker spørsmålet. I sin spørsmålsform gir ikke spørsmålet opplysningsplikt i forhold til enhver sykdom. Det tyder på at det er sykdommer, som i sin alvorlighetsgrad kan slå bena under hele risikoberegningen i forhold til gruppen, forsikrede skal gi opplysninger om.⁸⁸

Går vi til saker som har vært vurdert hos forsikringsskadenemnda om dette, ser vi at nemnda har vært strenge ved tolkning av hvilke spørsmål som kan kombineres med § 19-10 klausuler. FSN 3744 er illustrerende her. I denne saken hadde selskapet stilt fire spørsmål til et nytt medlem i forsikringen. Sammenlikner man dette med antall spørsmål som blir spurt i en individuell forsikring er ikke fire spørsmål å anse som mange. Det spesielle her var dog at selskapet, i et av spørsmålene som lød : ”Er De frisk og arbeidsdyktig uten mèn av sykdom eller skade”⁸⁹, hadde i realiteten spurt flere spørsmål. Nemnda mente at det på dette grunnlag var innhentet for omfattende opplysninger til at selskapet kunne påberope seg bestemmelsen i § 19-10. Med dette understrekte nemnda at selskapet ikke kan gjemme seg bak antall spørsmål som blir spurt. Det er innholdet i spørsmålet eller mer korrekt, hvilke opplysninger selskapet får på bakgrunn av spørsmålet som er avgjørende. Nemnda har også lagt vekt på om selskapet kan og vil kontrollere de

⁸⁷ Børke og Christiansen s. 47

⁸⁸ Børke og Christiansen s. 48

⁸⁹ Børke og Christiansen s. 48

opplysningene som fremkommer fra spørsmålene.⁹⁰ Det taler for at selskapet kan benytte seg av regelen § 19-10 i de sakene hvor helseopplysningene ikke gir grunnlag for videre vurdering. I motsatt fall gir saker der selskapet har opplysninger som de kan og vil kontrollere ikke mulighet for å påberope seg regelen i § 19-10, slik som saken var i FSN 3744. På dette området er nemndpraksis streng og som den store hovedregelen kan man legge til grunn at opplysninger som fremkommer som går ut over det man normalt ville fått ved innhentelse av en arbeidsdyktighetserklæring ikke kan godtas.

I juridisk teori er det litt ulikt syn på dette problemet. Lovavdelingen behandlet problemstillingen i uttalelse av 09.10.1990. I sin vurdering ble det konkludert slik:

”Dette tyder på at meningen har vært at § 19-10 skal gjelde unntaksfritt for kollektive forsikringer. Og som nevnt ovenfor gir heller ikke ordlyden noen holdepunkter for at det skal oppstilles unntak. Et eventuelt unntak burde vært presisert enten i selve lovteksten eller i det minste i forarbeidene. Så lenge dette ikke er tilfellet, må § 19-10 etter vår oppfatning leses slik at den gjelder fullt ut for all kollektiv forsikring, uavhengig av om det er innhentet individuelle helseopplysninger eller ikke.”

Vi ser her at også lovavdelingen konkludere med at det ikke vil være i samsvar med formålet til bestemmelsen i § 19-10 om helseklausulen benyttes i saker der selskapet innhenter fullstendige helseopplysninger. Dette også i samsvar med FSN 3744.

Bull uttaler i sin bok forsikringsrett fra 2008 at han:

” er tilbøyelig til å slutte meg til FSNs syn, slik at FAL §19-10 bare kan anvendes der de innhentede individuelle helseopplysningene i form og omfang stemmer med de forenklete helseopplysningene som tradisjonelt ble innhentet før FAL trådte i kraft.”

⁹⁰ Børke og Christiansen s. 48

Brynildsen m.fl mener at bruk av forenklede helseopplysninger må kunne godtas.⁹¹ Dog presisere også de at det i saker hvor det er innhentet fullstendige helseopplysninger vil bruk av helseklausulen § 19-10 stride mot lovens forarbeider, formål og system.⁹²

Knut Selmer avviser at det at det kan innhentes helseopplysninger der selskapet ønsker å benytte helseklausuler i henhold til § 19-10. Dog godkjenner han at det kan innhentes arbeidsdyktighetserklæring fra arbeidsgiver.⁹³

Ser man samlet på loven, forarbeidene, praksis og juridisk teori på dette området kan det nok ikke trekkes en klar konklusjon på hva som kan godtas etter bestemmelsen i § 19-10. Dog vil nok det klare utgangspunkt være at det kan benyttes helseklausuler der selskapet innhenter enkle helseopplysninger.⁹⁴ Dog synes det å være en enighet om at hvor mer detaljerte helseopplysninger selskapet har innhentet jo mer distanse må man ta fra bestemmelsen.

1.8 Må forebehold om helseklausulen etter § 19-10 fremkomme i forsikringsbeviset?

Når selskapet skal fastsette innholdet i en forsikringsavtale er forsikringsbeviset naturlig nok et viktig dokument. Det er her all informasjon om forsikringsavtalen fremkommer. Forsikringsbeviset kan oppsummeres til å ha tre hovedoppgaver. Først og fremst er det et skriftlig bevis for forsikringstaker og forsikrede på hvilken avtale som er inngått med forsikringsselskapet. For det andre skal det i forsikringsbeviset henvises til vilkårene som er aktuelle for avtalen. Normalt vil vilkårene følge med sammen med forsikringsbeviset. Til sist skal forsikringsbeviset fremheve særlige forhold i avtalen.

Med henvisning til dette siste punktet må det ved vurdering av § 19-10 ses på om, dersom selskapet tar et forbehold etter denne bestemmelsen, dette må fremkomme i

⁹¹ Brynildsen m.fl s. 703

⁹² Brynildsen m.fl s. 703

⁹³ Børke og Christiansen s. 49

⁹⁴ Børke og Christiansen s. 45

forsikringsbeviset for å være gyldig i forhold til forsikrede. Sagt på en annen måte, må forbeholdet stå klart i beviset dersom selskapet skal kunne påberope seg dette?

Reglene om forsikringsbevis finner vi i § 11-2. Forsikringsbeviset er bekreftelsen/beviset fra selskapet til forsikrede om at forsikringsavtalen er inngått. Forsikringsbeviset skal også gi opplysninger om hvilke vilkår som gjelder for avtalen.⁹⁵ I § 11-2 bokstav b) står det at det skal komme frem i beviset dersom selskapet har begrensninger grunnet helsen til den forsikrede eller endring av risikoen. Her henvises det til §§13- 5 til 13-7 og § 13-9. § 19-10 er ikke nevnt i denne bestemmelsen. Ser vi på teksten i § 11-2 vil området som denne reglene skal dekke være typisk saker hvor selskapet har gjort en individuell helsebedømmelse av forsikrede og derfor er det nødvendig med informasjon om eventuelle forbehold selskapet har tatt. Ser vi kun på den naturlige forståelse av denne bestemmelsen er det ikke nødvendig å fremheve helseklausuler etter § 19-10 i forsikringsbeviset da det ikke er foretatt full risikovurdering av forsikredes helse. Dog er det her viktig også å tenke på at reglene i denne delen av loven ikke er utformet for å gjelde kollektiv forsikring, men for individuell forsikring.⁹⁶ Særregler for kollektiv forsikring er laget i lovens kapittel 19. § 19-4 første ledd sier at dersom det føres fortegnelse over medlemmene, skal den som fører fortegnelsen ”*sørge for at enhver som blir medlem, får forsikringsbevis*”. Lovens kapittel 19 har ingen bestemmelser om hva som skal fremkomme i forsikringsbeviset. Men ser vi på § 19-1 står det her at der kapittel 19 ikke har egne bestemmelser kommer lovens andre regler i Del B til anvendelse så langt de passer. Dette må forstås som at reglene i § 11-2 også gjelder for kollektive avtaler. Videre viser § 11-2 også til § 13-5. § 13-5 og § 19-10 oppfyller mange av de samme hensynene, men § 19-10 er et unntak fra bestemmelsen i § 13-5.⁹⁷ Ser man på oppbygningen av loven og hensynet bak reglene mener jeg det er forsvarlig å hevde at helseklausuler som følge av regelen i § 19-10 må fremheves i beviset.

Problemet har også vært belyst i praksis og det var lenge uklarhet i hva som var kravet her. Rettstilstanden var usikker helt frem til en avgjørelse fra høyesterett i 2008. Før vi fikk

⁹⁵ Bull s. 132

⁹⁶ Børke og Christiansen s.53

⁹⁷ Børke og Christiansen s.54

denne avgjørelsen var det lagt til grunn at forbehold ikke behøvde å fremheves i forsikringsbeviset.⁹⁸ Et eksempel på dette er FSN 3297. Dog endret dette synet seg i senere saker både hos Nemnda og ting-og lagmannsrettene. I FSN 3724 uttaler nemnda at ” *...det reelle behovet for fremheving av symptomklausuler er diskutabelt, kan nok skape tvil om rekkevidden av bestemmelsen, men kan ikke føre til en tolking som ikke stemmer med ordlyden*”. Her påpeker altså nemnda at selskapene ikke kan forsvare seg med å gi bestemmelsen i § 11-2 gir en annen tolking enn at helseklausulen skal fremhves. Videre sier nemnda: ”*Nemnda vil også peke på at selskapene ved tvil om rekkevidden av § 11-2 kan legge seg på den sikre siden og fremheve symptomklausulen i forsikringsbeviset.*” Nemnda legger altså her store føringer for at klausulene skal fremkomme i forsikringsbeviset. Hensynet til forsikredes behov for informasjon må også veie strekt her. Det er for forsikrede like viktig å kjenne til forbehold uansett om det er tegnet individuell forsikring eller kollektiv forsikring.

Høyesterett behandlet spørsmålet i saken i Rt.2008 s.720:

Saken omhandlet en mann som i forsikringens (gruppelivsforsikring med såkalt Personalgaranti) karenperiode ble uføretrygdet. Dekningen som forsikrede sendte krav om dekket tap i fremtidig erverv ved arbeidsuførhet grunnen annen sykdom enn yrkessykdom. Han ble først langtidssykemeldt og senere uføretrygdet (fra mai 2001). Det ble i 1991 konstatert at forsikrede hadde hørselsskade. Han jobbet dog i full stilling frem til mai 2000, da han ble langtidssykemeldt. Problemet som Høyesterett skulle ta stilling til var om forsikringsselskapet kunne påberope seg vilkåret om karenstid.

Forsikrede sendte skademelding til selskapet mai 2001. Saken gjalt skade i hode og øre etter en bedriftsfotballkamp høsten 1991. Selskapet hevdet at forsikredes tilfelle var å betrakte som en sykdom og ikke en ulykke da de mente at ulykken i 1991 ikke var årsak til hørselsplagene. Kravet ble avslått av selskapet fordi de mente at uførheten hadde oppstått i karenperioden. A klaget saken inn for Forsikringsskadenemnda og fikk medhold. Nemnda

⁹⁸ Bull s. 306

fant under dissens at selskapet ikke kunne påberope seg karensklausulen da den ikke var fremhevet i forsikringsbeviset. Selskapet aksepterte ikke avgjørelsen og saken gikk til tingretten. Tingretten var enig i nemndas vurdering. Selskapet anket saken til lagmannsretten som avsa dom på samme grunnlag som tingretten. Selskapet anket så saken til Høyesterett.

I sin vurdering av saken kom Høyesterett til samme resultat som de øvre instanser. I sin begrunnelse la de vekt på forarbeidene til FAL som sier :...*"lovreglene om individuelle og kollektive forsikringer følger hverandre så langt det er mulig."* (avsnitt 38) og *"at de kollektive personforsikringer i meget stor utstrekning bør være undergitt de samme reglene som individuelle forsikringer"* (avsnitt 39). På bakgrunn av dette konkluderer retten med at: *"Det etter dette er åpenbart at § 11-2 også får anvendelse på kollektivforsikringer"*. Spørsmålet videre blir så : *"...hvor langt dette rekker, og særlig hva referansen til §13-5 betyr i forhold til reguleringen av kollektive forsikringer gjennom regelen i § 19-10."* (avsnitt 40). Videre viser retten til at forsikringstaker i kollektive forsikringer ikke avgir helseopplysninger selv, jfr. Ot.prp.nr 49 (1988-1989) s.122 : *"I kollektiv forsikring gjør særlige forhold seg gjeldende. Her er derfor selskapet gjennom særbestemmelsen i § 19-10 gitt en mer omfattende adgang til å begrense ansvaret for sykdom eller lyte et medlem hadde på det tidspunkt selskapets ansvar begynte å løpe."* På bakgrunn av dette sier retten så: *"Innholdet i § 19-10 sammenholdt med den generelle regelen i § 13-5 innebærer at forsikringsselskapene har en utvidet rett til å benytte objektive helseklausuler ved de kollektive forsikringene"*. (avsnitt 41). Så sier retten: *"Etter min mening er det ut fra lovtekst og bestemmelsens plassering svært nærliggende å forstå § 11-2 annet ledd bokstav b, anvendt på kollektivavtaler, slik at den innskrenkning i dekningsområdet som følger av vilkåret etter § 19-10, må "fremheves i forsikringsbeviset", dersom selskapet skal kunne påberope seg vilkåret. Lovens ordning vedrørende kollektivavtaler er altså at § 19-10 trer i stedet for § 13-5, men særregelen rekker ikke lenger enn til å angi en større rett for selskapet til å gjøre unntak. Det ville, slik jeg ser det, være noe paradoksalt om den utvidede rett til unntak skulle kombineres med en redusert plikt til å fremheve denne innskrenkningen i dekningsområdet. Karensregelen er åpenbart av betydelig interesse for forsikringstakeren, og er altså nettopp en slik opplysning som § 11-2 annet ledd bokstav b*

tar sikte på ”. (avsnitt 42). Selskapet hevdet i saken at det var et ulikt informasjonsbehov i individuell forsikring og kollektiv forsikring. Til dette sier Høyesterett: ”...det grunnleggende forhold, at forsikringstakeren har behov for å kjenne forsikringens dekningsområde, er felles. For eksempel vil en kollektiv forsikringstakers økonomiske disposisjoner kunne påvirkes av hvorvidt hans forsikring gjelder dersom uførhet skulle inntre. Jeg mener derfor at de legislative hensyn som tilsier at innskrenkninger i dekningsadgangen fremheves i individuelle forsikringer, også gjør seg gjeldende ved kollektive avtaler.”(avsnitt 44).

Etter denne avgjørelsen fremkommer det ganske så klart at det må fremheves i forsikringsbeviset dersom selskapet skal kunne benytte seg av denne klausulen også når det gjelder kollektive forsikringer.

2 Litteraturliste:

Handelshøyskolen BI, BI Forsikring : *Kollektiv pensjonsforsikring*. 11.utg. 2008

Brynildsen , Claus, *Forsikringsavtaleloven med kommentarer*. Claus Brynildsen, Børre Lid, Truls Nygård. 2.utg. 1.opplag 208

Bull, Hans Jacob, *Forsikringsrett*. 2008

Artikkel: Norsk forsikringsjuridisk forenings publikasjoner – nr.84. : ”*Helseklausuler i kollektive livsforsikringsavtaler*” av C. Børke og C. Christiansen

Artikkel: Forsikringsklagekontoret, Fagartikler: ”*Karenstid i personforsikring*” av C. Mordt. 2004

Domsregister:

RT 2008 s. 740

RT 2000 s. 70

RT 2000 s. 59

RG 1991 s.692

Avgjørelser fra Forsikringsskadenemnda:

FSN 1693

FSN 2293

FSN 3297

FSN 3528

FSN 3724

FSN 3744

FSN 3798

FSN 4357

FSN 5093

FSN 5311

FSN 5530

FSN 6214

FSN 6283

FSN 6407

FSN 7101

FSN 7173

FSN 7492

Avgjørelser fra Forsikringsklagenemnda

FKN -2009 -237

FKN-2009 -344

Andre kilder:

NOU 1983:56

Lov om forsikringsavtaler av 16.juni 1898 nr. 69

Lov om yrkesskedeforsikring av 16.juni 1989 nr.65